Sub redacția

CRISTINEL ŞTEFĂNESCU

ROXANA CHIRIȚĂ ROMEO DOBRIN GABRIELA CHELE

ESENȚIALUL ÎN PSIHIATRIE

Editura „Gr. T. Popa”, U.M.F. Iaşi
2013

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Esenţialul în psihiatrie / Ştefănescu Cristinel, Chiriţă Roxana, Chele Gabriela Elena, Dobrin Romeo Petru. - Iaşi : Editura Gr.T. Popa, 2013
Bibliogr.

ISBN 978-606-544-193-4

I. Ştefănescu, Cristinel
II. Chiriţă, Roxana
III. Chele, Gabriela Elena
IV. Dobrin, Romeo Petru

616.89

Referenţi ştiinţifici:
Prof. univ. dr. Eugen TÂRCOVEANU (Iaşi)
Prof. univ dr. Irina-Draga CĂRUNTU(Iaşi)

Copertă: Marius Atanasiu

Tehnoredactare computerizată: **ing. Sorin Popescu**

Editura „Gr. T. Popa"
Universitatea de Medicină şi Farmacie Iaşi
Str. Universităţii nr. 16

Editura „Gr. T. Popa"este acreditată de CNCSIS - Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice din Învăţământul Superior

Toate drepturile asupra acestei lucrări aparţin autorului şi Editurii „Gr.T. Popa" Iaşi. Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată sau transmisă prin nici un mijloc, electronic sau mecanic, inclusiv fotocopiere, fără permisiunea scrisă din partea autorului sau a editurii.

Tiparul executat la Tipografia Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi
str. Universităţii nr. 16, cod. 700115, Tel. 0232 267798 int. 231, Fax 0232 211820

CUVÂNT ÎNAINTE

Îngrijirile de sănătate sunt într-o continuă schimbare, începând cu practica primară (medicii de familie) și avansând până la specialitățile de vârf, din ce în ce mai sofisticate. Decurge evident o accesibilitate mai mare a pacienților, mai bine dirijată, ceea ce impune, pe lângă o bună organizare și adaptarea medicilor la noile cerințe ale sistemului. Adaptarea presupune, în primul rând, preocuparea pentru educația medicală continuă, acumularea de cunoștințe și noutăți din ariile de competență, așadar o pregătire teoretică solidă.

Tulburările psihice sunt întâlnite frecvent în practica generală, fie sub formă primară, fie ca tulburări asociate unori boli medicale. Un diagnostic precoce, o intervenție terapeutică eficientă, adaptată la caz, și urmărirea evoluției tulburărilor conduce la servicii medicale de bună calitate, beneficii sociale și economice.

Un medic, indiferent de specialitate, trebuie să trimită pacientul la psihiatru, fie în urgență, fie pentru o consultație, atunci când identifică problemele mintale, ținând cont de gravitatea cazului și de prejudecățile societății (stigmatizarea). Trimiterea va fi susținută și argumentată de semnele și simptomele unei tulburări psihice și nu pe baza absenței unei explicații pentru acuzele pacientului, în absența unor dovezi clinice somatice.

Practica psihiatrică este similară în diferitele țări civilizate, deși există diferențe privind sistemele de sănătate, clasificare, tradiții și culturi. Scopul psihiatriei este același, aspect unitar susținut în această carte. În cele mai multe țări, asistența psihiatrică se desfășoară în unitățile de ambulator, dublate de spitale monoprofilate sau secții în spitalul general. S-a renunțat la instituționalizarea pacienților, ceea ce înseamnă focalizarea pe fazele acute și intervențiile comunitare, nu pe cronicizare și sistemul de tip azilar. Aceste modificări profunde în psihiatrie au transformat pacientul din simplu beneficiar, pasiv, în participant activ la actul medical, cu individualitate, cu preferințe și nevoi.

Obiectivele didactice evidente ale acestui manual sunt reprezentate de prezentarea datelor de semiologie și psihiatrie clinică, necesare studenților la medicină, medicilor rezidenți psihiatri sau din specialități conexe. In-

formațiile sunt organizate sintetic, raportate la noțiunile clasice și completate de viziunea modernă, actuală din psihiatrie.

Considerăm că volumul acesta este util disciplinei de psihiatrie a Facultății de Medicină, U.M.F. Gr.T. Popa din Iași, având în vedere publicul medical căruia i se adresează.

Acad. Prof. Dr. VASILE CHIRIȚĂ

CUPRINS

I. NOŢIUNI INTRODUCTIVE 9
Repere istorice 10
Funcțiile psihice 13
Clasificarea tulburărilor psihice 13
Urgenţe psihiatrice 14

II. SEMIOLOGIE PSIHITRICĂ 15
1. Interviul psihiatric 16
2. Examenul psihiatric 17
Aspectul exterior 17
Vorbirea 36
Dispoziţie şi afectivitate 38
Comportamente şi emoţii agresive 44
Tulburări ale instinctelor 45
Gândirea 50
Judecata 65
Tulburări de conştiinţă 67
Tulburările sinelui 71
Tulburări de voinţă 73
Tulburări de orientare 74
Tulburări de memorie 74
Tulburări de percepţie 77

III. PATOLOGIE PSIHIATRICĂ 83
1. Nevrozele 84
Neurastenia 84
Tulburările anxioase 85
Tulburarea obsesiv-compulsivă 89

Tulburări induse de stres 90
Tulburări nevrotiforme induse de boli medicale generale 92
Nevroza isterică 92
Tulburări de somatizare 94

2. Tulburările de personalitate (TP) 97
TP paranoidă 98
TP schizoidă 99
TP schizotipală 99
TP borderline 99
TP antisocială 100
TP narcisistă 100
TP histrionică 101
TP evitantă 101
TP dependentă 101
TP obsesiv compulsivă 102

3. Tulburările afective 103
Tulburarea afectivă bipolară (psihoza maniaco-depresivă) 103
Tulburări depresive unipolare 106
Tulburări afective induse de condiţii medicale sau substanţe 109

4. Tulburările psihotice 110
Schizofrenia 110
Tulburarea schizofreniformă 113
Tulburarea psihotică acută 114
Tulburarea schizoafectivă 114
Tulburări delirante 114

5. Demenţe şi delirium 117
Demenţa 117
Delirium 120

6. Tulburări cauzate de consumul substanţelor cu potenţial addictiv (droguri)..... 124
Alcool 125
Substanţe extrase din opium 129
Cannabis 130
Cocaina 131
Amfetamine 131
Phencyclidine 132
Halucinogene 132

7. Tulburări ale instinctelor..... 133
Tulburări alimentare 133
Tulburări ale somnului 136
Tulburări sexuale și ale identității de gen 138

8. Întârzierea mintală (oligofreniile) 143

9. Psihiatria copilului şi adolescentului 144

10. Suicidul 152

IV. INTERVENŢII TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE 157
Tratament medicamentos 158
Psihoterapiile 170
Terapia electroconvulsivantă 173

V. ETICĂ ȘI DESTIGMATIZARE ÎN PSIHIATRIE 175
Principii etice 176
Destigmatizarea 180

NOŢIUNI INTRODUCTIVE

Psihiatria este specialitatea medicală responsabilă de diagnosticul şi tratamentul bolilor psihice, formarea specialiştilor, educația medicală continuă în domeniu şi cercetarea științifică.

Etimologic, cuvântul psihiatrie este de origine greacă, *psyche* – suflet, *iatrea* – vindecare, aşadar vindecarea sufletului.

REPERE ISTORICE[1]

Tulburări s-au delimitat de normalitate, asupra lor a fost concentrată preocuparea fiinţei umane din perspectivă descriptivă şi tămăduitoare, încă înainte de a se vorbi practic de medicină. Prezenţa tulburărilor psihice este semnalată şi în scrierile biblice, precum şi în paginile marilor poeme ale lui Homer (sec. X-IX î.e.n.), Iliada şi Odissea sau în tragediile lui Esquil şi Sofocle.

În evoluţia şi dezvoltarea conceptului de tulburare psihică sunt recunoscute trei etape: perioada preclinică, perioada clinică (sec.XVI- sf.sec. al XIX-lea) şi perioada modernă şi contemporană.

Perioada preclinică - a fost dominată de concepţiile umorale hipocratice conform cărora în organismul uman circulă patru umori: flegma, bila neagră, bila galbenă şi sângele, iar excesul sau diminuarea uneia dintre aceste umori ar determina boala. De exemplu, se credea că excesul de bilă neagră ajuns la creier interacţionează cu inteligenţa şi produce melancolia. Hipocrate (460-377 î.e.n.) vedea în melancolie o tulburare a sistemului umoral (melas = negru şi chole = bilă) de unde derivă şi termenul pe care l-a dat stărilor dominate de tristeţe, inhibiţie şi alte dereglări somato-vegetative cu o evoluţie îndelungată şi fără febră.

Asclepiade din Bitinia (130-56 î.e.n.), considera că bolile mintale ar fi rezultatul unor dezordini emoţionale, iar prin dihotomizarea lor "alienaţii acute" şi "alienaţii cronice" a încadrat melancolia în cea dea doua grupă.

Studii interesante şi valoroase despre semiologia şi evoluţia psihozelor ne-a lăsat şi Araeteus din Capadochia (50-130 e.n.),priîn "De Causis et Signis Marborum".

[1]Pirozynski T., Chirița V., Boișteanu P.(1991). Manual de Psihiatrie. Litografia Institutului de Medicină și Farmacie Iași

Perioada clinică - începe din secolul al XV-lea şi durează pînă la sârşitul secolului al XIX-lea. Odată cu începutul Renaşterii (sec.IV-XV) concepţia umorală a lui Hipocrate, începe să fie tot mai accentuat pusă sub semnul întrebării şi ca atare să piardă teren, în favoarea altor ipoteze etiopatogenetice. Dintre reprezentanţii acestei perioade remarcăm pe: Johann Weyer (1515-1588), Giarolamo Mercuriale (1530-1606), Felix Platter (1536-1614).

Perioada modernă şi contemporană - esenţial nosologică şi terapeutică, începe cu Emil Kraepelin (1855-1926) care reuneşte psihozele circulare, cu formă dublă, intermitente, periodice, alternante sau mixte şi datorită asemănării, în 1896 le defineşte prin: termenul de „psihoza maniaco-depresivă" predominant endogenă. Defineşte actuala schizofrenie sub denumirea *dementia precox* şi clasifică formele clinice, valabile şi în prezent.

Alături de Kraepelin, o contribuţie importantă în delimitarea nosografică a tulburărilor psihice a fost adusă şi de W. Weygandt în tratatul său "Atlas und Grundriss der Psychiatrie".

Bleuler (1916) a descris o triadă depresivă, caracterizată prin: indispoziţie tristă, greutate în gândire şi inhibiţia funcţiilor centrifuge. A schimbat denumirea demenţia precox în schizofrenie.

În perioada 1868-1880, Beard lansează la New-York noţiunea de neurastenie, definită ca o „slăbiciune iritabilă a sistemului nervos" pe care o atribuie unei epuizări apărute în condiţiile „luptei feroce cu viaţa", adică a unui reflex negativ al civilizaţiei.

Pierre Janet, subtilul medic şi psiholog care a dat originalitatea psihiatrică şcolii de la Salpetriere, foloseşte pentru prima oară în 1891 noţiunea de psihastenie pentru a delimita particularitatea nevrotică predominată de trăiri obsesivo-fobice, scrupulozitate, incertitudine, insatisfacţie şi diminuarea simţului realităţii ca rezultat al psiholepsiei (căderea tensiunii psihologice cu strâmtorarea câmpului conştiinţei), noţiune care în prezent este în mare măsură aglutinată în cuprinsul conceptului de schizofrenie.

Adolf Mayer (1908) introduce termenul de nevroză depresivă. În 1911, Stranski propune chiar o teorie endocrină. Hecker şi Freud (deşi au făcut-o prin "logica psihanalitică") separă nevrozele anxioase şi unele reacţii nevrotice depresive, iar în 1926, Lange delimitează reacţia depresivă.

E.Kretschmer descrie reacţiile specifice ale personalităţii, reacţii care se corelează cu particularităţi structural-tipologice ale unor persoane particulare (anormale), care sunt extrem de sensibile la anumite tipuri de evenimente (semnificaţii trăite) ce se potrivesc persoanei respective ca şi „cheia la broască” – picnic, longilin, atletic, musculos.

FUNCȚIILE PSIHICE

1. **Cognitive**

Percepția

Tulburări cantitative : hiperestezie, hipoestezie, anestezie

Tulburări calitative: iluzii, halucinații, agnozii

Atenția (prosexia): hipoprosexie, hiperprosexie

Memoria:

Tulburări cantitative: hipomnezie, hipermnezie, amnezie

Tulburări calitative: iluzii de memorie, halucinații de memorie

Gândirea

Tulburări cantitative: tahipsihie, bradipsihie, etc

Tulburări calitative: idee dominantă, obsesie/fobie, idee prevalentă, idee delirantă

Imaginația

2. **Afective:** dispoziția, emoțiile, sentimentele, pasiunile, instinctele
3. **Volițional-efectorii** (hipobulia, hiperbulie, abulie, parabulii, atitudinea, ținuta vestimentară)
4. **Funcțiile de sinteză**

Conștiința (tulburări cantitative și calitative)

Personalitatea (derealizare, depersonalizare)

CLASIFICAREA TULBURĂRILOR PSIHICE

In prezent operează două clasificări ale tulburărilor psihice: clasificarea Asociaţiei Psihiatrilor Americani (DSM V) şi clasificarea Organizaţia Mondială a Sănătăţii (ICD 10).

Din punct de vedere didactic este considerată mai utilă cea clinic-nosologică derivată din clasificarea lui Kraepelin, care împarte tulburările în două mari categorii: tulburări la limită cu normalitatea şi tulburări psihice majore.

Tulburări la limită cu normalitatea:

Nevroze

- Neurastenia
- Psihastenia (tulburarea obsesivo-fobică)
- Isteria

- Nevrozele mixte (motorii)

Psihopatii (tulburări de personalitate)
Oligofrenia gradul I (debilitatea mintală)

Tulburări psihice majore
Oligofrenia gradul II (imbecilitatea)
Oligofrenia gradul III (idioţia)
Psihoze

- Endogene (schizofreniile, psihoza maniac-depresivă sau tulburarea bipolară, tulburări delirante cronice sistematizate – paranoia, parafrenia)
- Exogene (origine infecţioasă, toxică, traumatică etc)
- Endo-exogene (boli endocrine, colagenoze, epilepsie etc)

Demenţe

- Endogene (boala Alzheimer, boala Pick, coreea Huntington)
- Exogene (origine infecţioasă, toxică, traumatică etc)
- Endo-exogene (demenţa vasculară, boli endocrine, epilepsie etc)

URGENŢE PSIHIATRICE

- suicidul
- delirium tremens
- intoxicaţii acute
- delirium
- efecte adverse ale medicaţiei psihiatrice sau toxicitatea indusă de acestea
- comportamentul violent sau agresiv
- comportamentul iraţional, bizar sau psihotic

SEMIOLOGIE PSIHIATRICĂ

INTERVIUL ŞI EXAMINAREA PSIHIATRICĂ

I. INTERVIUL PSIHIATRIC

Necesită parcurgerea etapelor clasice ale anamnezei medicale, cu câteva particularități.

A. Date de identificare: nume, vârstă, sex, religie, status marital, ocupaţie, educaţie.

B. Verificarea valabilităţii afirmaţiilor făcute de pacient.

C. Principalele simptome: se consemnează acuzele folosind exprimarea pacientului.

D. Istoricul tulburării prezente trebuie să releve:

- motivul pentru care a solicitat consultul în momentul respectiv (și nu într-un alt moment), simptomele curente (debutul, durata, evoluţia lor);
- factorii de risc;
- simptomele asociate relevante pentru tulburare.

E. Istoricul psihiatric consemnează**:**

- toate tulburările psihiatrice pentru care există evidență anterioară (consultaţii în ambulatoriu sau internări în spitalul de psihiatrie);
- tratamentele urmate şi internările notate în ordine cronologică;
- prezenţa ideaţiei suicidare în trecut, dependenţa de alcool/droguri, istoricul medico-legal.

F. Istoricul medical al pacientului cuprinde atât afecțiunile care s-ar putea asocia cu tulburarea psihiatrică cât și cele care ar putea modifica decizia terapeutică**:**

- boli somatice (medicale, neurologice, traumatisme, convulsii)
- medicaţia primită;
- fumator, consum de cafea/alcool/droguri[2].

G. Antecedentele heredo-colaterale se notează pentru rudele de gradul I-II (părinţi şi fraţi/surori)**:**

- vârstă, ocupaţie, personalitate, relaţia cu membrii familiei;
- boli somatice sau genetice şi tratamentul urmat;

[2] Lishman, W. A. (1987). *Organic Psychiatry.* 2nd ed. London: Blackwell

- istoricul familial psihiatric: orice tulburare psihiatrică din trecut sau prezent, internări, suicid, depresie, dependenţa şi abuzul de substanţe, istoric de „crize de nervi", orice tratament psihiatric[3].

H. Istoricul dezvoltării personale urmărește coordonatele socio-profesionale ale pacientului și trebuie să consemneze **:**

a. evenimentele cu importanţă majoră
   - se vor sublinia cele cu implicaţii etiologice
b. funcţionarea longitudinală
   - dezvoltarea din copilărie
   - educaţie, schimbări ale performanţelor şcolare
   - prieteni, petrecerea timpului liber;
   - maturarea sexuală, pubertatea
   - relaţii romantice, profesionale;
   - experienţe sexuale, eventuale abuzuri
   - eventuale condamnări;
c. sarcini, naşteri, eventuale complicaţii;
d. consum de droguri;
e. scopuri, obiective, carieră profesională.

II. EXAMENUL PSIHIATRIC

Urmăreşte să identifice semne şi simptome ale tulburărilor psihice. Aceste semne şi simptome au legătură cu statusul funcţiilor psihice şi pot fi identificare prin observaţie, conversaţie, explorare şi testare[4].

ASPECTUL EXTERIOR

Schimbările în aspectul exterior nu sunt specifice pentru diagnostic, dar pot fi sugestive pentru tulburările psihice organice, pentru unele boli somatice sau pot arăta semne de malnutriţie sau de neglijenţă în îngrijirea proprie. Impresia şi observaţiile psihiatrului pot fi completate de o scurtă descriere non-tehnică a aspectului exterior şi comportamentului pacientului, aşa cum afirma Sadock „am putea nota ca un scriitor"[5].

---

[3] Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology.* Translated by M. Hamilton. New York: Grune and Stratton

[4] Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology.* 7th ed. Translated by J. Hoenig and M. W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press

[5] Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Încă de la începutul interviului, examinatorul observă și consemnează:

- **vârsta** (vârsta aparentă vs vârsta propriu-zisă): pacientul poate arăta mai tânăr (manie, tulburarea de personalitate histrionică, hipertiroidism) sau mai în vârstă (demenţe, depresie, schizofrenia, consumul abuziv de substanţe) decât vârsta consemnată în actul de identitate;
- **statusul nutriţional**: pacient supraponderal în consumul abuziv de substanţe, depresia atipică, tulburările de somatizare, utilizarea medicaţiei cauzatoare de creştere în greutate sau pacient cu deficit ponderal în consumul abuziv de substanţe (stimulante), anorexia nervoasă, depresie.

Termenii consacrați pentru descrierea aspectului exterior sunt:

- resemnat
- epuizat
- dispreţuitor
- efeminat vs. masculin
- sănătos vs. bolnav
- furios vs. prietenos
- speriat
- apatic
- perplex
- echilibrat
- bizar
- centrat pe sine
- machiaj bizar (psihoze)

- **semnele particulare**: cicatrici pe braţe şi încheietura mâinii indică automutilare (tulburări de personalitate, tulburări de personalitate borderline, tulburare bipolară); urme de ac (tulburări legate de consumul abuziv de substanţă); colorația brună a degetelor la fumători (tulburări psihice cronice); mâinile înroşite (tulburări obsesiv-compulsive, tulburări de anxietate); piercing excesiv şi tatuaje (cluster B tulburare de personalitate); zone fără păr, neuniforme (Trichotillomania); machiaj excesiv (mania).
- **igiena personală** (inclusiv igiena orală şi orporală): pacient neîngrijit, cu hiperpilozitate, murdar (demenţă, schizofrenie, persoane fără adăpost, boli psihice organice , depresie) sau excesiv de îngrijit (tulburarea de personalitate histrionică, trăsături obsesive); gatism (pierderea controlului asupra intestinului si vezicii urinare în paraplegie, demenţă, retard mental profund, comă).

- **Atitudinea faţă de intervievator**:

Descriptorii de atitudine faţă de intervievator utilizați în practică sunt:

- ✓ cooperant vs necooperant
- ✓ solicitant/ justificativ
- ✓ curios vs dezinteresat / indiferent / apatic
- ✓ furios/ostil/ ameninţător
- ✓ prietenos / încredere
- ✓ suspect / vigilent
- ✓ sarcastic
- ✓ arogant
- ✓ conspirativ
- ✓ convingător / manipulator
- ✓ copilăresc / regresat
- ✓ fluctuant
- ✓ impersonal
- ✓ speriat
- ✓ preocupat
- ✓ disident / negativist

- Se notează dacă atitudinea faţă de intervievator este diferită de atitudinea faţă de ceilalţi şi modul în care aceasta se modifică la schimbarea subiectului.
- În mod normal pacienţii sunt atenţi la examinare şi participă cu interes. Atenţia către examinator poate fi influenţată de lipsa de înţelegere, ostilitate, anxietate sau apatie. Atitudinea pacientului este judecată în funcţie de relaţia cu intervievatorul şi de reacţiile pacientului pe parcursul interviului. Atitudinea pacientului influenţează validitatea şi conţinutul informaţional obținut în cursul interviului şi este un element cheie în formarea alianţei terapeutice. Atitudinea pacientului este descrisă în mod predominant cu adjective cooperare vs necooperare (vezi mai sus), dar atitudinea lui poate fi descrisă mai bine utilizând adjective suplimentare. Un pacient cooperant este alert şi atent şi încearcă să comunice informaţiile relevante. Un pacient necooperant poate reflecta tulburări de personalitate, distractibilitate, tulburări de memorie, neputinţa de a face faţă interviului.
- Un model patologic al relaţiilor interpersonale (semnifică o caracteristică cheie pentru tulburări de personalitate) poate fi sugerat de o atitudine aparte faţă de intervievator: persuasiv şi senzual (tulburare de personalitate histrionică, tulburarea de personalitate borderline), justificativ şi curios în tulburarea de personalitate an-

tisocială, aprobator în tulburări de personalitate dependente. Indiferenţa (*La belle indiference*) descrie atitudinea văzută în conversie sau tulburări disociative, este caracterizată de o lipsă de preocupare şi o indiferenţă faţă de problemă, în contrast cu importanţa acestui handicap[6].

- Uneori distractibilitatea poate fi observată în timpul interviului; distractibilitatea se referă la inabilitatea de a răspunde la stimuli irelevanţi (zgomote din afara camerei de interviu, mutarea unor obiecte afară) şi deficit în menţinerea atenţiei (tulburarea de deficit a atenţiei, manie, tulburări psihice organice în special cele cu delirium). Atenţia tranzitorie, nesusținută pe parcursul interviului se poate întâlni în depresia severă sau psihotică şi este generată de preocupările interne (gânduri dominante şi intruzive în depresie, halucinaţii în psihoze). Uneori interviul este fragmentat de perioade de timp în care pacientul arată, prin pantomimică, o preocupare pentru halucinaţii auditive sau vizuale. Lipsa severă a interesului pentru interacţiuni sociale cu o ignorare totală a intervievatorului este observată la pacienţii cu autism[7].

Îmbrăcămintea:

Descriptorii aspectului vestimentar :

- adecvat vs. neadecvat/impropriu
- îngrijit vs neîngrijit
- curat vs. murdar
- excentric vs. vechi/bizar
- tipic masculin vs. feminin
- detalii ciudate (stele, artefacte religioase, bucăţi de haine vechi)
- obiecte speciale (o carte, un fişier, un ziar) sau bijuterii excesive
- *Cisvestitism* = poartă haine ciudate sau nepotrivite (manie, schizofrenie, demenţă, tulburări de personalitate)
- Travestismul (travestism; eonism) = se îmbracă în haine ale sexului opus; Termenul de "travestism" este contestat în literatura actuală și, ca urmare, există tendința înlocuirii lui. *Cross-dressing* este termenul

[6] Andreasen, N. C. (1979). Thought, language and communication disorders. *Archives Gen Psych* 36: 1315-30.

[7] Buitelaar, J. K., Van Der Gaag, R. Klin, A., *et at. (1999).* Exploring the boundaries of pervasive developmental disorder not otherwise specified: analyses of data from the DSM-IV Autistic Disorder Field Trial. *J Autism Dev Disord 29:33-43*

care poate fi folosit pentru a descrie actul de a purta haine de un alt gen - şi apare în travestism, transgenderism, transsexualitate, sau, ocazional, în alte tulburări psihiatrice.

- Preţiozitate excesivă în îmbrăcăminte (tulburarea de personalitate histrionică, schizofrenie)
- Decorare extremă a costumelelor viu colorate, uneori cu bijuterii excesive (hipomanie / mania).

Îmbrăcămintea îngrijită reflectă, pe lângă trăsăturile de personalitate, statutul social, cultural de nişă, socializare, relaţii sociale şi trebuie să fie judecate în funcţie de context, fără a trage concluziile de la o simplă constatare.

Activitatea psihomotorie

Activitatea psihomotorie se referă la comportamentul verbal şi nonverbal al pacientului şi include mişcările voluntare şi involuntare, fluxul de vorbire, caracteristicile limbajului non –verbal şi timpul de reacţie (de răspuns motor)[8].

Expresia feţei:

- Poate fi mobilă sau imobilă
- Exprimă emoţii (furie, suspiciune, frică, bucurie, plictiseală, dezgust, experienţe extazice, tristeţe, necaz, durere) sau este inexpresivă.
- expresia discordantă (expresia relevată de facies este în contradicție cu ideile, sentimentele raportate sau aşteptate în situaţia dată) este întâlnită în schizofrenie.
- bizară (schizofrenie)
- mişcările muşchilor faciali sunt crescute la nivel global în manie sau în tulburările legate de substanţe (abuz). Poate fi, de asemenea, polarizată afectiv, astfel încât faciesul exprimă experienţele extazice (mistic delirante), tăria şi fermitatea implacabilă (delir sistematizat cronic, personalitate paranoidă), metamorfoza teatrală (tulburare de personalitate histrionică) sau dialogul în prezența halucinaţiilor. În schizofrenie pot fi văzute mişcări stereotipe şi bizare ale muşchilor faciali, cu corespondenţă scăzută între muşchii de expresivitate (de exemplu, fruntea exprimă furia şi gura exprimă bucuria).

[8] Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology.* Translated by M. Hamilton. New York: Grune and Stratton

Examenul ochilor poate furniza informaţii suplimentare. Termenii descriptori utilizaţi pentru expresivitatea ochilor sunt:

- largi, mari (sugerează anxietate, psihoze, medicamente antipsihotice)
- ostili
- epuizaţi
- ficşi
- atenţi
- mobili
- umezi
- glaciali
- nedumeriţi
- vii

Contactul vizual este scăzut în depresie, personalităţi evitante, schizofrenie, în tulburările de personalitate.

Ochii şi mişcările faciale pot reproduce spontan conţinutul vieţii interioare, astfel încât, uneori, privirea poate sugera sentimente sau trăiri afective:

- privirea fixă şi imobilă, cu faţa de piatră, poate sugera ură, agresivitate, cruzime;
- privirea cu ochii larg deschişi și sprâncenele ridicate sugerează o stare de anxietate;
- privirea vie, cu expresie de fericire, ironic, jucăuş sau ostil şi un facies mobil este descrisă în hipomanie / manie[9];
- aspectul obosit, privirea în podea, încruntată, este primul lucru care se observă în timpul interviului unui pacient depresiv[10]. La pacienţii depresivi faciesul exprimă durere copleşitoare, tristeţe, oboseală sau sentimente neplăcute. Pentru depresie o trăsătură distinctivă este "*Omega Melancholium*" (Schüle semn), reprezentată de riduri pe frunte, ca urmare a contracţiilor muşchilor din regiunea frontală.
- în schizofrenie[11] faciesul şi ochii sunt inexpresivi sau chiar glaciali; pacientul privește detaşat, enigmatic (zâmbetul schizofrenic, "Mona Lisa Smile") sau ironic intervievatorul; uneori primele modificări care se

[9] Frijda, N. H. (1986). *The Emotions.* Cambridge: Cambridge University Press

[10] Solomons, R. C. (1980). Emotion and choice. InA. O. Porty, ed. *Explaining Emotions.* Berkeley: University of California Press, pp. 251-81

[11] Spitzer, R. L., & Endicott, J. (1978). *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia.* 3rd ed. New York: Biomentrics Research

observă la un pacient schizofrenic sunt mişcările stereotipe ale faciesului care devine bizar şi îşi pierde capacitatea de a exprima emoţiile adecvate[12].

- pacienţii confuzi (boli organice mintale) şi persoanele cu deficienţe mintale pot să se uite fără să înţeleagă la intervievator, din cauza lipsei de auto-conştientizare.

Pantomimica

- **Amimia** = imobilitatea mimică, incapacitatea de a exprima tonalitatea afectivă, emoţiile şi sentimentele sale prin comunicarea nonverbală, cum ar fi gesturi sau semne (apare în depresie, inhibiţie psihomotorie, medicamente antipsihotice, stare de confuzie, demenţă, retard mental)[13]. Faţa imobilă, pleoapele căzute, ochii ficşi sunt trăsăturile caracteristice pentru catatonie. Diskinezia tardivă[14] (sindrom neurologic cauzat de utilizarea pe termen lung de neuroleptice) se caracterizează prin apariţia şi persistenţa unor serii de mişcări involuntare repetitive, care nu par să aibă un scop clar. Printre mişcările de acest fel, cel mai des întânite sunt mişcările feţei – grimasele, mişcările buzelor (de exemplu plescăitul, strângerea sau umezirea lor), clipitul din ochi sau scoaterea limbii. Totodată, pot să apară şi alte mişcări, precum cele care implică mişcarea mâinilor, a picioarelor sau a trunchiului. În unele cazuri, degetele pacientului sunt cele mai afectate, ceea ce poate crea impresia că pacientul cântă la un instrument muzical invizibil cum ar fi un pian sau o chitară. În multe cazuri, pacientul nu este conştient de aceste gesturi.
- **Mişcările de control permanente** (îndreptarea hainelor sau a părului) pot fi crescute ca frecvenţă (în situaţii incomode, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de personalitate histrionică, tulburarea de personalitate narcisică) sau scăzute (schizofrenie, depresie, demenţă, tulburări legate de abuzul de substanţă)

[12] Schneider, C. (1930). *Psychologie der Schizophrenen.* Leipzig: Thieme

[13] Mullen, P. E. (2006). A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophr Bull* 33:113-21

[14] Ieste, D. V. (2004). Tardive dyskinesia rates witb atypical antipsychotics in older adults.] *Clin Psychiatry* 65(Suppl 9):21-4.

- **Gesturile** exprimă experienţele interioare ideo-afective ale unei persoane. Atunci când persoana prezintă în faţa intervievatorului un eveniment, o plângere, sau vorbește despre alte persoane, gesturile pot fi combative (excesiv în tulburări de personalitate de tip paranoic, tulburari delirante cronice), defensive (inhibate, lente în depresie sau dezinhibate, accelerate în anxietate); în tulburarea obsesiv-compulsivă și în fobia specifică se poate constata evitarea de a atinge obiecte sau persoane.

Postura

Poziţia se referă la locaţia corpului pacientului în spaţiu (culcat, aşezat), în timp ce *postura* se referă la felul de a-și ține corpul (ținută, atitudine, poză) sau părţi ale corpului pacientului (cu picioarele încrucişate, înclinat, sprijinindu-se).
Din această perspectivă, postura unui pacient poate fi sugestivă pentru o tulburare psihică. Postura poate fi:

- tensionată (anxietate de toate cauzele, inclusiv psihoză)
- rigidă (boala Parkinson, simptome extrapiramidale)
- înclinată, aplecată (depresie)
- tremor (boala Parkinson, tulburările legate de abuzul de substanţă - induse sau de sevraj, idiopatică)

Mersul

Principalele criterii prin prisma cărora poate fi categorisit mersul sunt: **viteza, elasticitatea** şi **fermitatea**. Pe baza acestora se disting următoarele tipuri de mers: lent şi greoi; lent şi nehotărât, timid; rapid, energic, suplu şi ferm. Aceste tipuri de mers au semnificaţii psihologice distincte.
Mersul normal este un mers regulat, cu paşi mici, fără devieri importante sau particularităţi.
Tipuri de mers: de clovn, cabrat, militar şi mers efeminat.

- În tulburarea delirantă sau tulburarea de personalitate paranoidă poate apare **mers marţial** cu mişcări rigide şi afectate, cu capul dat pe spate, cu hiperlordoza coloanei toracale.
- La subiecții cu personalitate anxioasă sau cu tulburări de anxietate mersul este nesigur şi prudent.

- În manie mersul poate fi neregulat, cu paşi repezi sau mers maiestuos, dacă iluzia de grandoare este prezentă.
- În **boala Parkinson**[15] și în sindromul parkinsonian indus de utilizarea antipsihoticelor, mersul este incetinit, cu paşi mici şi o postură aplecată. Poate include o precipitare a mersului şi/sau îngheţarea mersului (opriri bruște). Afectate în mod special sunt întoarcerea şi mersul înapoi. Dificultăţile de echilibru sunt în mod special pronunţate în direcţia înapoi.
- **Mersul ataxic**[16] este instabil, clătinat, neregulat şi în general caracterizat prin utilizarea unui sprijin. Deviaţia mersului este la fel de severă indiferent dacă pacientul merge cu ochii închişi sau deschişi. Se întâlneşte în intoxicaţia alcoolică sau leziunile cerebeloase. În afectarea cerebeloasă mijlocie (de exemplu la alcoolici) postura este verticală, cu baza largă (picioarele sunt îndepărtate). Asumarea unei anumite posturi sau o modificare a poziţiei poate cauza instabilitate dar, de obicei, echilibrul poate fi menţinut. Mersul poate fi rapid, dar cadenţa este neregulată. Pacientul nu are încredere în stabilitatea mersului și, pentru siguranţă, este adesea necesar un sprijin minim. În afectarea emisferelor cerebeloase sunt prezente ataxia membrelor şi nistagmusul.
- **Mersul abazic** reprezintă imposibilitatea de a merge, cauzată de tulburări ale automatismului actului motor al mersului, fără afectarea forței musculare, mișcărilor segmentare active, funcțiilor vestibulare și sensibilității profunde. Se întâlnește în cazul unor leziuni, de cele mai multe ori bilaterale, ale lobilor frontali ai creierului, la pacienți în vârstă, afecțiuni ale părții anterioare ale vermisului cerebelos și, frecvent, în caz de tulburări funcționale fără substrat organic (conversie isterică). Abazia este adesea asociată cu imposibilitatea de a sta în picioare (ataxia).
- **Mersul apraxic**[17] apare în afectarea lobului frontal bilateral, cu afectarea capacităţii de a executa mişcări secvenţiale. Acest mers seamă-

[15] Lauterbach, E. C. (2004). The neuropsychiatry of Parkinson's disease and related disorders. *Psychiatr Clin North Am 27:801-25*

[16] World Health Organisation (1992). World Health Organisation (1992). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps,* 10th revision (ICD- 10). Geneva: World Health Organisation

[17] Glazer, W. M. (2000). Expected incidence of tardive dyskinesia associated with atypical anti psychotics.] *Clin Psychiatry61(SuppI4):21-6*

nă cu cel din parkinsonism: postura este inclinată iar paşii făcuţi sunt scurţi şi târşâiţi. Totuşi, iniţierea şi menţinerea mersului sunt afectate într-o manieră diferită. Fiecare mişcare necesară mersului poate fi realizată dacă este testată izolat în timp ce pacientul stă jos sau este intins. Cu toate acestea, atunci când pacientul este rugat să facă un pas în faţă în timp ce stă în picioare, apare adesea o pauză lungă înaintea oricărei încercări de a flecta şoldul şi a înainta. Mai mult, odată ce mersul este iniţiat, el nu este menţinut. Mai frecvent, după ce sunt făcuţi unul sau mai mulţi paşi, mersul este oprit pentru câteva secunde sau mai mult. Acest proces este apoi repetat. Acest tip de mers este întâlnit în demenţă.

- **Mersul antalgic** constă într-un mers neputincios, astfel încât să se evite durerea asupra structurilor de susţinere a greutăţii (şold, genunchi, glezna). Este caracterizat printr-un sprijin de foarte scurtă durată pe partea afectată.
- În miopatii sau în timpul sarcinii apare un stil de mers ca de raţă (duck-like).
- **Mersul coreoatetozic**[18] este caracterizat printr-o mişcare intermitentă, neregulată care întrerupe fluxul liniştit al unui mers normal. Mişcările de flexie sau extensie ale şoldului sunt obişnuite dar neprevăzute, și sunt observate ca o clătinare.
- **Mersul vestibular** este cel în care pacientul tinde în mod constant să cadă într-o parte, fie că merge fie că stă. Examinarea nervilor cranieni demonstrează un evident nistagmus asimetric. Ataxia senzorială unilaterală este exclusă prin semnele proprioceptivităţii care sunt normale, iar hemipareza se exclude prin prezervarea forței musculare.

Activitatea psihomotorie anormală[19]este reprezentată de:

- manierisme
- mişcări stereotipe (în schizofrenie, tulburări pervazive de dezvoltare)
- automatisme
- ecopraxie
- flexibilitate ceroasă
- mişcări anormale neurolgice

[18] Miyamoto, S., Duncan, G. E., Marx, C. E., & Lieberman, J. A. (2005). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Mol Psychiatry* 10:79-104

[19] Miyamoto, S., Lieberman, J. A., Fleischhacker, W. w., *et al.,* eds. (2003). *Psychiatry,* 2nd edn. Chichester: Wiley, pp. 1928-64

- **Manierismele** sunt gesturi obişnuite sau un mod de a vorbi sau de comportament care devine anormal prin exagerare sau repetare. Pot fi percepute ca moduri extreme de stilizare în efectuarea lucrurilor şi se pot asocia cu alte excentricităţi sau bizarerii (ca în schizofrenie). Manierismele sunt sub control voluntar, spre deosebire de ticurile complexe, stereotipiile şi automatismele care nu sunt sub controlul voluntar.
  Manierismele trebuie diferențiate de gesturile tradiționale unei populații sau de cele care însoțesc limbajul corpului.
- **Stereotipiile** sunt comportamente repetitive, de obicei bizare; în plan mimico-pantomimic, al atitudinii, limbajului şi scrisului, care nu sunt sub controlul voluntar (dar fără conştiinţă alterată)[20].
- **Mişcările automate** (automatisme) sunt mişcări simple sau complexe, iniţiate şi susţinute în stare de conştienţă alterată şi nu sunt urmate de memorarea acestor activităţi. Automatismele simple (cum ar fi ţuguirea buzelor sau mişcările stângace ale mâinilor) sunt întâlnite în starea de fugă şi catatonie; automatismele complexe (variind de la mers prin cameră până la activităţi mai complexe, cum ar fi de conducere sau dezbrăcare) apar în convulsii parţiale complexe sau epilepsie temporală.

Descriptori pentru ***comportament*** sunt:

- adaptabilitate vs inadaptare - identificat în circumstanţe sociale
- socializare vs izolare
- pasiv vs tiranic
- dramatic vs plictisitor
- intruziv vs evitant / model retras
- senzual vs impersonal, de separare
- Comportamentul adeziv se referă la un comportament plin de insistenţe, încăpăţânare, inerţie, obiceiuri, pedanterie.
- Comportamentul încăpăţânat şi adeziv este observat la persoanele cu demenţă sau boli organice mentale;
- Comportamentul perseverent şi adeziv este identificat de la primul contact cu un pacient epileptic, împreună cu bradikinezia şi bradipsihia.

[20] Ford, R. A. (1989). The psychopathology of echophenomena. *Psycho I Med 19:627-35*.

Intervievatorul observă, de asemenea, prezenţa/absenţa, modul şi fluctuaţiile în diferite tipuri de mişcări[21]:

- mişcări reactive – orientate spre un stimul nou (de exemplu ridicarea receptorului în cazul unui apel). Diminuate - indică apatie şi indiferenţă; mişcările accentuate, reactive sunt identificate în stări de tensiune interioară (tulburări psihotice, tulburări de anxietate).
- mişcări de control (de exemplu îndreptarea hainelor sau a părului); sunt crescute în situaţii incomode.
- Mişcări ţintă – regizate care apar ca parte a unei acţiuni fizice – dramatism/teatralism (în isterie, tulburări de personalitate).

Descrierea detaliată a activităţii motorii presupune consemnarea schimbărilor cantitative şi calitative şi oferă indicii care pot orienta asupra diagnosticului.

Schimbări cantitative în activitatea psihomotorii se referă la:

- Activitate:
  - Reducerea activităţii psihomotorii - **akinezia** (**hipokinezia**, ca manifestare mai puţin severă) se referă la tendinţa pacientului către lipsa de mişcare, în general sau a unei părţi a corpului, în pofida forței musculare intacte.
  - Activitatea psihomotorie accentuată: 1) stare de nelinişte sau agitaţie, ambele identificate în toate stările de anxietate; 2) creşterea activităţilor orientate spre scopuri multiple, concomitente (în hipomanie/mania). Termenul este, de asemenea, frecvent utilizat pentru a descrie deficitul de atenţie / hiperactivitate (ADHD). La copii se manifestă prin agitaţie constantă, hiperactivitate, distragere şi dificultăţi în procesul de învăţare.
- Viteza mişcărilor:
  - Bradikinezie = mişcări încetinite
  - Tahikinezie = mişcări rapide
  - Reducerea mişcărilor (bradikinezia) cu reducerea activităţii psihomotorii (hipokinezia) pot apare în sindromul

[21] Lohr, J. B., & Wisniewski, A. A. (1987). *Movement Disorders: A Neuropsychiatric Approach.* New York: Guilford Press

parkinsonian (boala Parkinson, sdr. extrapiramidal[22] indus de neuroleptice), depresia severă, catatonie, epilepsie, boli neurologice (cu afectarea cortexului motor), În depresia severă, mişcările sunt concertate, dar sunt efectuate cu viteză mică (bradikinezie) şi o activitate scăzută (hipokinezie până la akinezie), concomitent cu activitate mentală încetinită (bradipsihia), încetinirea vorbirii (bradilalia), spontaneitate redusă, răspuns scăzut la stimuli, şi latenţă crescută la toate activităţile psihomotorii.

- Teste pentru hipokinezie: se solicită pacientului să facă mişcări repetate de amplitudine mare cu degetul arătător pe un ecran pentru a vedea scăderea amplitudinilor mişcărilor.

Schimbările calitative în activitatea psihomotorie cuprind activitatea psihomotorie anormală, dar, de asemenea, şi componente normale ale activităţii psihomotorii care sunt excesive, repetate sau distinctive.

- Apraxia[23] este o depreciere dobândită în a efectua mișcări complexe (face parte din semiologia neurologică). Apraxia este împărţită în:
  - Apraxia ideomotorie: pacientul nu poate efectua acte învăţate în mod corespunzător. Test: examinatorul îi cere pacientului să salute, să arunce în aer o minge apoi să o prindă, să se încheie la un nasture.
  - Apraxia ideatorie: pacientul nu poate secvenţia o sarcină multi-pas, în ciuda faptului că fiecare pas elementar nu este afectat. Test: intervievatorul îi cere pacientului să-i arate cum se pune o scrisoare într-un plic, apoi ştampila, şi adresa acestuia.

Schimbările calitative în activitatea psihomotorie se referă și la:

- **Tremor:** mişcare anormală caracterizată prin oscilaţii ritmice involuntare ale unei părţi a corpului (membru, trunchi, faţă).

Se disting diferite varietăți de tremor în funcţie de circumstanţele lor de apariţie[24]:

[22] Burns, M. J. (2001). The pharmacology and toxicology of atypical antipsychotic agents.] *Toxicol Clin Toxicol39:1*- 14

[23] Brain, W. R. (1965). *Speech Disorders: Aphasia, Apraxia & Agnosia.* 2nd ed. London: Butterworth

- *Tremorul de repaus* persistă atunci când subiectul este imobil – în poziția șezând sau în clinostatism. Este un semn caracteristic al sindromului parkinsonian şi al bolii Parkinson. Tremurăturile interesează mai ales extremităţile, predominant mâinile (mişcări de "frământare a pâinii").
- *Tremorul de atitudine* sau *tremorul postural* nu apare decât atunci când subiectul menţine o poziţie, de exemplu, dacă i se cere să ţină braţele întinse în faţă.

Cel mai des întalnit este *tremorul fiziologic*, provocat de emoţie sau favorizat de excitante (cafea). O altă formă este tremorul cauzat de administrarea unui medicament (antidepresive triciclice, litiu) sau unei boli (hipertiroidie - boala Basedow, hipoglicemie, alcoolism cronic). Alt tip de tremor de atitudine este *tremorul esenţial* (de cauza necunoscută), denumit tremor senil dacă apariţia lui este tardivă. Destul de frecvent (afectează 2% din populaţie), familial în jumătate din cazuri, interesează extremităţile membrelor şi mai ales capul. Tremorul postural poate fi testat prin plasarea unei foi de hârtie peste mâna întinsă.

- *Tremorul de acţiune* survine atunci când subiectul efectuează o mişcare voluntară. Poate apare în evoluția unui tremor de atitudine care durează de multă vreme. În alte cazuri, face parte dintr-un sindrom cerebelos. Tremorul predomină la rădăcina membrelor (umeri, şolduri), creând un handicap semnificativ.
- *Tremorul psihogenic* întâlnit în tulburări de conversie, tulburări somatoforme și variază ca frecvenţă. Are o evoluție variabilă în funcție de oscilaţiile afective ale subiectului. Test pentru tremorul psihogenic: se solicită pacientului să execute cu o mână mișcări cu o frecvență diferită de cea a tremorului; în tremorul psihogenic se constată modificarea frecvenței și la mâna cealaltă (sau la oricare altă parte a corpului afectată de tremor: bărbie, cap).

    - **Mişcările atetozice**: apar în leziuni ale neostriatului, au amplitudine scăzută, sunt lente, vermiculare, aritmice, mai frecvente la membrele superioare, faţă, limbă; se intensifică la emoţii, dispar în somn.
    - **Mişcările coreice**: apar în repaus sau în acţiune, sunt rapide, de amplitudine variabilă, dezordonate, bruşte, afectează orice grup muscular, la nivelul feţei dau naştere la grimase. Pro-

[24] Arana, G. W. (2000). An overview of side effects caused by typical antipsychotics.] *Clin Psychiatry* 61 (Suppl B) :5-11; discussion 12-13

duc mersul dansant. Apar în coreea Sydenheim (coree acută, coreea minor), coreea Huntington (coree cronică, ereditară), coreea senilă, coreea gravidică; dispar în somn şi se intensifică la emoţii;

- **Mișcările coreo-atetozice** sunt caracterizată de mişcări involuntare combinate între coree şi atetoză, pot fi întâlnite în boala Wilson, coreea Huntington, coreea Sydenham, dischinezia tardivă, encefalopatia hepatică, toxicitate indusă de litiu sau tratamentul cu antipsihotice.
- **Hemibalismul:** mişcare amplă, violentă, bruscă; interesează un membru în întregime; poate dezechilibra corpul; poate avea semificaţie gravă; se datorează leziunii corpului lui Louis
- **Miocloniile** sunt mișcări bruşte, de scurtă durată, mobilizează segmentul interesat pe un (grup de) muşchi, de regulă sunt aritmice; forme ritmice se întâlnesc mai des la musculatura velo-palatină şi diafragmatică (sughiţ); apar în leziuni extrapiramidale, intoxicații, epilepsia mioclonică.
- **Fasciculaţiile** sunt contracţii ale unor fascicule musculare care nu produc deplasarea segmentului. Se pot evidenţia spontan sau prin percuţia muşchiului și prin excitația tegumentului. Nu dispar în somn. Identificarea lor este importantă deoarece pot releva o iritaţie persistentă a motoneuronilor coarnelor anterioare medulare. Apar în scleroza laterala amiotrofică, siringomielie, poliomielita anterioara cronică.
- **Ticurile**[25] sunt mişcări clonice care survin de obicei brusc, inconştient (uneori pot avea caracter semiconştient), se atenuează în somn și se accentuează la emoţii. Sunt stereotipe (mereu aceleaşi), dar se pot modifica în timp, pot fi unice/multiple, pot reproduce un gest sau pot fi puţin aparente: esofagiene, de fonaţie etc. Cele simple sunt: clipitul, întoarcerea bruscă a capului, scuturatul piciorului în poziție șezândă, ridicatul umerilor. Cele complexe sunt: ecopraxia (repetarea gesturilor altora), copropraxia (gesturi obscene sau interzise). Ticurile pot afecta persoane fizice normale sau copii prepubertari, dar sunt de asemenea asociate cu tulburarea obsesiv-compulsivă, statusul postencefalitic, abuzul de dro-

[25] Graham P., Turk J., Verhulst F.C. (1999): *Child Psychiatry A developmental Approach*, Thrid Edition, Oxford University Press

guri stimulatoare şi mai ales cu boala Gilles de la Tourette. În boala Tourette ticurile sunt fizice şi vocale şi sunt asociate cu comportamente repetitive, gânduri obsesive, ecolalia (repetarea de alte cuvinte), palilalia (repetiţie compulsivă de cuvinte) şi coprolalia (vocalizare de obscenităţi).

- **Catatonia** [26] este un sindrom de tulburări psihice și motorii, asociată clasic cu schizofrenia dar care poate să apară și în depresie sau manie (tulburări de dispoziție cu caracteristici catatonice), tulburare de conversie (isterie), tulburare de stres post-traumatic, delir, demență, hipnoză, tulburări psihice organice (inclusiv epilepsie și intoxicații cu droguri), întreruperea bruscă sau prea rapidă de benzodiazepine, sindrom neuroleptic malign, encefalită letargică. Conform DSM-IV, specificantul "cu caracteristici catatonice" poate fi aplicat tulbutrărilor precedente dacă tabloul clinic este dominat de cel puţin una (catatonie probabilă) sau două (catatonie definită) din următoarele:

  - imobilitatea motorie (după cum reiese din catalepsie) sau stupor (mut, stă nemișcat)

- **Catalepsia** (*cerea flexibilitas* = flexibilitate ceroasă) se referă la postura unui membru menținut într-o poziţie nefirească (în mod normal dureroasă) sau într-o poziţie în care este plasat de către examinator. Trebuie făcută distincţia între catalepsie şi cataplexie care se referă la o pierdere bruscă a tonusului muscular posibil indusă de şocuri puternice sau ca o trăsătură suplimentară de narcolepsie (o tulburare care include somnolenţă în timpul zilei, episoade de somn involuntar în timpul zilei, tulburări de somn nocturn şi cataplexie). Perna psihologică descrie atitudinea specifică de pacient catatonic atunci când ţine capul câţiva centimetri deasupra patului. Test pentru catalepsie: examinatorul așează pacientul în poziţii incomode şi pacientul rămâne în această poziţie.

  - Episoadele de activitate psihomotorie (excitare catatonică) sunt schimbări bruşte de la imobilitate catatonică la agitaţie lipsită de un scop clar sau hiperactivi-

[26] Fink, M., & Taylor, M. A. (2003). *Catatonia.* Cambridge: Cambridge University Press

tate fără finalitate, nu sunt influenţate de stimuli externi; aceste episoade pot fi asociate cu consecinţe violente.

- Negativism extrem (rezistență la toate instrucţiunile sau menţinerea unei posturi rigide împotriva încercărilor de a fi mutat) sau mutism (pacientul nu răspunde la stimuli verbali).
- Mişcări anormale ca postură, mişcări stereotipe, manierisme sau grimase proeminente (întreţinerea unor expresii faciale ciudate)
- Ecolalia sau ecopraxia

Teste pentru ecopraxie: 1) atunci când ecopraxia este mai puţin evidentă, examinatorul poate să o evidențieze rugând pacientul să execute comandă: "Când îmi ating nasul meu, dumneavoastră să vă atingeți bărbia", apoi examinatorul îşi atinge iar pacientul își atinge nasul său, deși a fost rugat să își atingă bărbia; 2) pentru cazuri extreme, examinatorul ridică braţul drept fără a da instrucţiuni pentru pacient iar pacientul mimează mișcarea examinatorului, ridicând braţul stâng.

Ecolalia constă în repetări de cuvinte sau fraze rostite de alţii. Ecolalia imediată este constatată în autism, Asperger şi schizofrenie, în timp ce ecolalia întârziată este constatată la persoanele cu dizabilităţi de dezvoltare, afazie globală extrasylviană şi, de asemenea, în schizofrenie. Ecolalia involuntară este un tic observat în boala Tourettes. Cu toate acestea, ecolalia este un element cheie al catatoniei datorată tuturor cauzelor. Ecolalia trebuie diferenţiată de repetiţii care reprezintă strategii de a economisi timp (ca în demenţă, prefăcătorie, pacient rezistent) sau de repetiţii care reflectă interesul pentru ceea ce spune cealaltă persoană. Test pentru ecolalie: pacientul repetă ceea ce spune examinatorul atunci când această repetiţie nu este cerută.

Pe lângă aceste manifestări clinice cu semnificație de criterii de diagnostic din DSM-IV, în stările catatonice se mai pot identifica:

- **Gegenhalten** (= opoziţie patologică) este caracterizată prin exercitarea de către pacient a unei rezistenţe egale şi opuse faţă de mişcarea examinatorului. Gegenhalten este similară negativismului pasiv. În negativismul activ pacientul rezistă şi

efectuează concomitent mişcarea opusă (gegenhalten = rezistă la mişcare fără efectuarea mişcării opuse).

- Verbigeraţia se referă la repetarea neadecvată a unui cuvânt sau o frază (ca o înregistrare pe un disc de vinil zgâriat).
- Alte tulburări ale mişcărilor[27] care pot apărea în catatonie sunt perseverenţa motorie, mişcările caricaturale, ecomimia (imitarea mimicii interlocutorului) şi alte ecofenomene. Uneori, pacienţii refuză să mănânce, să bea sau refuză contactul vizual; pot prezenta o privire fixă, indiferenţă pentru mediu, cum ar fi masca feţei, nelinişte psihomotorie (ex. în mod repetat, pacientul, se aşează şi se ridică din nou).

Alte tulburări de activitate psihomotorie pot fi induse de administrarea medicamentelor antipsihotice[28]:

Tremor static - descris anterior.

Distonia acută se manifestă prin mişcări distonice ale muşchilor posturii şi capului, care determină poziţii anormale şi spasme musculare. Mişcările distonice sunt de obicei caracterizate prin răsucirea capului şi spatelui, rotaţia şi înclinarea capului (torticolis), spasme ale muşchilor maxilarului (trismus), afectarea deglutiției, vorbirii sau respiraţiei, vorbire îngroşată sau neclară din cauza disfuncţiei limbii sau devierea ochilor în sus, în jos, sau lateral (crize oculogire), arcuirea spatelui şi gâtului (opistotonus). Pot să apară dureri şi crampe în muşchii afectaţi. Distonia acută durează de la câteva secunde la peste o oră.

Distonia cronică este reversibilă dar recurentă, în timp ce distonia fixă este ireversibilă. Mişcările distonice prelungite pot duce la posturi anormale, care pot deveni fixe. Un fenomen interesant întâlnit în distonie este prezenţa de "trucuri senzoriale" (antagonistique geste); aceste trucuri sunt învăţate şi efectuate de către pacient în încercarea de a diminua gradul de severitate al mişcărilor anormale (atinge bărbia în cazul distoniei cervicale sau trage uşor pleoapa superioară în blefarospasm).

În afara tratamentului antipsihotic, distonia poate fi constatată în parkinsonism, boala Wilson, coreea Huntington, icterul nuclear, hipoxia cerebrală.

---

[27] Dazzan, P., Morgan, K. D., Orr, *K., et a!.* (2005). Different effects of typical and atypical antipsychotics on grey matter in first episode psychosis: the AESOP study. *Neuropsychopharmacology,* 30:765-74.

[28] Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., *et al. (2005).* Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl*] *Med 353:* 1209-23

Parkinsonismul indus de antipsihotice include rigiditate, tremor şi bradikinezie. Tremorul este prezent în repaus şi poate afecta membrele, capul, buzele sau limba. Un sindrom distinct, cunoscut sub numele de *sindromul de iepure*, poate apărea în orice moment în timpul tratamentului antipsihotic și se manifestă ca tremorul buzelor. Rigiditatea se referă la gradul de tensiune în muşchi, iar aceasta poate fi continuuă sau intermitentă la nivelul membrelor sau articulaţiilor afectate.

Bradikinezia include diminuarea mişcărilor braţelor în timpul mersului pe jos. Salivarea poate apărea din cauza scăderii activităţii motorii faringiene.

În unele cazuri, parkinsonismul sever poate fi provocat de doze mari de antipsihotice, rezultând un sindrom asemănător cu catatonia şi care poate fi confundat cu simptome de schizofrenie.

Acatisia constă intr-un sentiment subiectiv de disconfort muscular, pacientul este agitat, nu își găsește locul, şi este disforic. Acatisia apare obișnuit în primele 3 luni de administrare a antipsihoticelor, dar poate persista ca acatisie tardivă după ce administrarea medicamentului este întreruptă.

Persoanele care se confruntă cu acatisie indusă de antipsihotice, sunt anxioase, agitate şi incapabile să se relaxeze, o exprimă ca pe un sentiment de "agitaţie interioară".

În timp ce distonia acută se dezvoltă la scurt timp după ce medicamentul este introdus, akatisia şi parkinsonismul tind să aibă o prezentare subacută, obișnuit în termen de 3 luni de la expunerea la medicament. Acatisia poate fi întâlnită și în boala Parkinson, precum şi, rareori, în leziuni extinse ale structurilor frontale sau temporale.

După expunere prelungită (luni sau ani) la antipsihotice, unii pacienţi dezvoltă o gamă largă de tulburări de mişcare denumite colectiv sindrom tardiv sau diskinezie tardivă. Aceasta include stereotipii tardive: distonie, mioclonii, acatisie, ticuri, tremor. Sindromul tardiv tinde să persiste în pofida întreruperii tratamentului medicamentos. Antipsihoticele induc diskinezie tardivă care se manifestă prin mişcări involuntare în special la nivelul feţei (gura, maxilarul, limba), trunchiului, sau extremităţilor. Apare cel mai frecvent la pacienţii care au luat medicamente antipsihotice timp de mai mulţi ani, deşi starea poate părea și mai devreme (după un an de tratament cu neuroleptice, sau chiar mai devreme, în special la persoanele în vârstă). Mişcările pot fi rapide şi sacadate sau lente şi continue, sau în ritm natural. Aceste mişcări anormale pot mima suptul sau ţuguirea a buzelor, mişcări de mestecat, grimase, încreţirea frunţii, grohăit sau alte sunete specifice. Sunt evidente în cazul în care pacientul efectuează acţiuni ca deschiderea şi închiderea gurii,

protuzia limbii, mersul pe jos. Distonia tardivă este asemănătoare cu diskinezia tardivă, dar mişcările sunt mai susţinute şi mai puţin sacadate.

VORBIREA

Evaluarea vorbirii este legată de limbaj (producerea fizică a vorbirii) şi nu de idei (gândire). Cu toate acestea, atunci când pacientul vorbeşte, intervievatorul va evalua, de asemenea, gândirea şi tulburările de gândire, care vor fi înregistrate la rubrica de perturbare constatată.

La evaluarea discursului intervievatorul trebuie să respecte, în principal, elementele fizice de bază ale vorbirii, care vor fi descrise după cum urmează[29]:

- viteză - rapidă, sacadată, sub presiune, încetinită, sincopală, ezitantă
- flux - monosilabice, mut
- ritm - monoton, balbism, neclară, bolborosit, crescut sau scazut
- fluenţă - uşurinţa cu care pacientul vorbește
- intensitate
- tonalitate
- spontaneitate
- productivitate
- timp de reacţie
- articulare (fonaţie) - clar, mormăit, disartric
- volum -cu voce tare, şoptit, moale
- inflexiune - emoţional vs impersonal
- latenţă de răspuns
- prozodie - intonaţie emoţională a discursului: ritm şi intonaţie

Toţi aceşti descriptori de vorbire ar trebui să fie utilizaţi în mod consecvent cu imagini clinice individualizate, (unii termeni sunt superpozabili).

Legat de evaluarea gândirii, o scurtă conversaţie cu pacientul poate identifica caracteristici cheie ca: ecolalie, alterarea utilizării cuvintelor, tulburări de memorie, tulburări de gândire formală, neologisme, blocarea discursului etc. Deoarece tulburările de vorbire[30] au anumite anomalii similare cu cele de gândire, mulţi autori înregistrează ambele anomalii, uneori sub

[29] Searle, J. R. (1969). *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language.* Cambridge: Cambridge University Press

[30] Sims, A., ed., (1995). *Speech and Language Disorders in Psychiatry.* London: Gaskell Press

diferiţi termeni, astfel că unele dintre următoarele condiţii trebuie să fie înregistrate, de fapt, ca tulburări în gândire:

Tahifemie - un flux constant rapid de exprimare dar care poate fi întrerupt.

Presiune de exprimare - un flux constant rapid al vorbirii dar pe care este dificil să şi-l întrerupă.

Bradifazia (bradilalia) - discursul este redus ca ritm, cu sau fără conţinut redus.

Logoreea - discurs cu o cantitate mai mare de informatii comunicate și cu ritm rapid.

Akatafazia - descrie un discurs care arată anomalii formale.

Paralogia - intruziunea de idei irelevante sau bizare în vorbire.

Blocarea discursului - fluxul discursului pare să se oprească brusc; poate fi produs de blocarea gândirii sau atunci când atenţia este îndreptată către halucinaţiile pacientului.

Parafazia se referă la înlocuirea cuvântului, fenomen care poate fi semantic (bazat pe sensuri similare) sau bazat pe similitudine fonică (sunete similare).

Sărăcia în vorbire - discurs minimal, uneori monosilabic, neelaborat, răspunsuri minime la întrebări.

Vorbirea telegrafică constă în utilizarea unui conţinut de câteva cuvinte fără funcţie sau markeri gramaticali care comunică, de exemplu, acţiunea, deţinerea, sau locaţia. Această descriere mai tehnică a vorbirii laconice (numită, de asemenea, alogie), este un discurs redus la esenţial şi reprezintă sărăcia de gândire exprimată în vorbire.

Afazia se referă la incapacitatea de a vorbi secundară tulburărilor neurologice, în timp ce alogia se referă la cauzele psihiatrice; lipsa totală a vorbirii apare în retard mintal profund, demenţă severă; discursul laconic (telegrafic) este întâlnit în schizofrenie. Unii pacienți se exprimă printr-un discurs gol, numărul de cuvintele rostite este normal dar conținutul este sărac (exprimă sărăcie de gândire).

Inconvenientul de a suprapune mai mulţi termeni poate fi rezolvat, prin selectarea celui mai bun termen adaptat la tabloul clinic, completat cu citate scurte din discursul pacienţilor.

Mutismul reprezintă lipsa discursului la persoane cu nivel aparent normal de conştiinţă; poate fi psihogen (disociativ) atunci când nu are legătură cu niciun fenomen neurologic, sau poate fi organic (mutism akinetic) ca urmare a unei leziuni din vecinătatea ventriculului al treilea cerebral.

Depresia se caracterizează printr-un discurs cu debit şi amplitudine reduse, răspunsuri cu latenţă crescută, nivel scăzut de spontaneitate. Discursul poate fi eliptic, domesticit, resemnat sau ostil.
În manie se poate înregistra un discurs rapid şi cu presiune sau un discurs fragmentat şi rapid.
Disfuncţia în vorbire (cum ar fi vorbirea lentă, întârziată sau monotonă), incapacitatea de a exprima o gamă normală de răspunsuri afective sau retard psihomotor, sunt caracteristici importante pentru pacienţii care suferă de depresie severă sau de schizofrenie (în schizofrenie apar mai multe tulburări de vorbire care reprezintă de fapt efectele motorii ale perturbărilor în gândire).

DISPOZIŢIE ŞI AFECTIVITATE

Dispoziţia[31] se referă la starea afectivă de fond, susţinută, care colorează percepţia persoanelor asupra lumii; este raportul subiectiv al pacientului despre mediul înconjurator și propria persoană.

Intervievatorul remarcă dispoziţia raportată şi apreciază trăsăturile de dispoziţie a pacientului: profunzime, intensitate, durată, fluctuaţie.
Întrebări posibile pentru pacient sunt:

"Care este starea ta de spirit?"

"Cum te simţi?"

"Ai fost descurajat/depresiv/trist în ultima vreme?"

"Ai fost plin de energie/entuziasmat/ te simţi scăpat de sub control în ultima vreme?"

"Ai fost furios / iritabil / indignat în ultima vreme?”

Descriptori ai dispoziţiei sunt:

Deprimat	Frivol	Fericit
Deznădăjduit	Senzual	Visător
Iritabil	Optimist	Neconsolat
Anxios	Vesel	Copleşit
Înfricoşat	Jovial	Gol
Furios	Placid	Vinovat
Expansiv	Sobru	Zadarnic
Euforic	Solemn/Grav	Anhedonic
Elevat	Glumeţ	Alexitimie

[31] Angst, J. (1986). The course of affective disorders. *Psychopathology* 19(5suppl2):47-52

Afectele (sentimentele) sunt cupluri ideo-afective care transmit exterior experienţele interioare ale pacientului; sunt exprimate de pacient prin comunicare verbală şi non-verbală. Afectul este evaluat de către intervievator ca: restricţionat, larg, tocit sau aplatizat, superficial, labil, inadecvat sau adecvat.

Alte caracteristici[32]:

- **calitate**: dispoziţia sau afectul pozitiv (bucurie, euforie) este semn distinctiv de manie; apare și în intoxicaţii cu substanţe. Dispoziţia negativă (de la tristeţe) este element cheie de depresie dar apare și în tulburări de anxietate şi în cele legate de consumul de substanţă.
- **intensitate**: crescută în manie, tulburare de anxietate şi, de asemenea, în depresie, scăzută în schizofrenie.
- **reactivitatea** la stimuli externi: creşte în manie, tulburări de somatizare, tulburarea de personalitate histrionică, tulburări legate de consumul de substanţe, tulburarea obsesiv-compulsivă; scăzută în depresie, demenţa, tulburare obsesiv-compulsivă.
- **intervalul de afect** este crescut în manie şi scăzut în depresie (afect restricţionat), în schizofrenie (afect plat, tocit), tulburări de anxietate generală, sau fobie socială (prin restricția afectului sub presiunea anxietăţii).
- **stabilitate şi persistenţa:** afectul stabil este caracteristic depresiei în timp ce labilitatea afectivă este o componentă esenţială a tulburării de personalitate de cluster B şi tulburării bipolare (în special stările mixte); labilitatea afectivă este, de asemenea, întâlnită în tulburarea legată de consumul de substanţe, sindromul premenstrual şi tulburările de somatizare.
- **afect adecvat conţinutului de gândire**: această relaţie poate fi afectată în schizofrenie sau psihoză (ex. pacientul râde necontrolat în timp ce vorbeşte despre moartea mamei sale - relevă caracterul inadecvat al afectului, deşi el afirmă că se simte trist). Uneori, glumele despre lucruri triste pot reflecta un mecanism de apărare.
- **periodicitatea** afectelor - evoluţia ciclică poate să apară în tulburarea bipolară, tulburări afective sezoniere (depresia de iarnă), depresii recurente.

[32] Bebbington, P., Hurry, J., & Tennant, C. (1988). Adversity and the symptoms of depression. *Int*] *Soc Psychiatry* 34:163-71

- **viteza de rezoluţie**: durata afectului este crescută în tulburarea obsesiv-compulsivă şi depresie şi scăzută în tulburarea bipolară cu ciclicitate rapidă precum și în tulburări legate de substanţă.

Clinicianul observă dacă dispoziţia (raportată de pacient) şi afectul (evaluat prin interviu) sunt în concordanță.

Anhedonia[33] reprezintă incapacitatea de a se bucura la activităţi care anterior îi făceau plăcere; se întâlneşte în depresie şi schizofrenie.

Alexitimia se referă la dificultatea de identificare, descriere şi diferenţiere a emoţiilor sau incapacitatea de a diferenţia emoţiile de senzaţiile fizice. Persoana cu alexitimie are imaginaţie şi fantezii reduse, este preocupat de stimuli externi, de lumea concretă, are viaţă interioară redusă şi este mult mai capabil să comunice stările afective prin limbajul somatic.

Acestă condiţie psihopatologică şi somatizarea sunt caracteristice pentru tulburările somatoforme, reprezentate de: tulburarea conversivă (isteria), hipocondria, tulburările de somatizare (sindromul Briquet), şi tulburarea somatoformă dureroasă.

Afectul copilăresc/prostesc (Fatuous affect) – termenul este utilizat pentru a descrie stările afective care sunt caracteristice copiilor și este întâlnit în schizofrenia hebefrenică.

Disforia este o stare de neplăcere sau dispoziţie inconfortabilă asociată cu iritabilitate, irascibilitate, nelinişte şi anxietate. Se întâlnește în tulburarea bipolară (mania disforică sau depresia disforică), depresia unipolară, distimie, tulburarea de personalitate evitantă, sindromul premenstrual, tulburarea de personalitate borderline, tulburările legate de consumul abuziv de substanţe (în perioada de sevraj).

Emoţiile sunt trăiri episodice, intense, legate de diferite situații. Pot fi positive sau negative.

Anxietatea[34] **,** din punct de vedere semiologic, reprezintă frica fără obiect:

Anxietatea ca stare emoţională este tranzitorie, determină o stare dezagreabilă care poate fi adaptativă prin anticiparea semnalelor amenințătoare sau maladaptative, dar fără a avea o bună definire a amenințării.

[33] Paykel, ed. *Handbook of Affective Disorders.* Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 43-56.
[34] Soubrie, ed. *Anxiety, Depression and Mania.* Basel: Karger, pp. 71-100.

Această stare este descrisă de pacient ca tensiune, panică, groază, nervozitate, teamă sau îngrijorare. Anxietatea este adesea descrisă ca având un număr de componente:

- somatice: tremor, spasme, senzaţii cald sau rece, greaţă, diaree, uscăciunea gurii, scăderea libidoului, palpitaţii, senzaţie de apăsare în piept;
- cognitive: hipervigilenţă, proastă concentrare, confuzie, teama de a pierde controlul sau de a nu înnebuni, gânduri catastrofice;
- comportamente: expresie înfricoşătoare, iritabilitate, imobilitate sau nelinişte, hiperventilatie
- perceptive: depersonalizarea, derealizarea, hiperestezia

Atacurile de panică sunt episoade de paroxisme ale stării de anxietate. Pacienții relatează o senzaţie bruscă de teroare, frica de a nu înnebuni, de a nu muri, sau de a-și pierde controlul; pacienţii experimentează de asemenea simptome somatice induse de anxietate (în special cele legate de moarte iminentă).

Atacurile de panică asociate cu alte tulburări de anxietate sunt declansate de situaţii specifice (ex. situaţiile sociale declanşează atacul din tulburările de anxietate socială), în timp ce atacurile de panică aparţinând tulburării de panică apar spontan şi în mod regulat.

Anxietatea ca trăsătură de personalitate se referă la patternul de tip anxios prezent de-a lungul vieţii.

Anxietatea flotantă reprezintă persistenţa stării anxioase fără o cauză determinată.

Anxietatea situaţională – apariţia anxietăţii este legată de ocazii specifice sau stimuli externi.

Anxietatea străină – este o formă ce apare la copii și este determinată de prezenţa străinilor sau a unor situaţii străine.

Anxietatea de performanţă (trac sau anxietate de test) este o stare intensă de anxietate care apare înaintea şi în timpul realizării performanţei (testare, prezentare la o conferinţă, interviu pentru serviciu, interviu psihiatric).

Fobia se referă la o frică iraţională şi un comportament de evitare secundar ei. În fobiile specifice, stimuli specifici determină o frică persistentă şi iraţională (iraţional înseamnă că frica excesivă este comparată cu situaţii din viaţa reală şi nu este datorată experienţelor anterioare la acelaşi stimul). Uneori termenul de fobie este folosit cu sensul de aversiune pentru toate genurile.

Tipuri de fobii

- agorafobia - frica de spaţii deschise sau aglomerate (ex. pieţele publice), teama de a părăsi un loc sigur
- aichmofobia- frica de ace sau obiecte ascuţite
- ailurofobia (elurofobia, felinofobia)- frica de pisici
- algofobia - frica de durere.
- acrofobia (altofobia) - frica de înălţimi.
- amathofobia- frica de praf
- androfobia- frica de bărbaţi
- anthropofobia- frica de oameni sau societate
- anuptafobia- frica de a sta singur
- afenfosmfobia (chiraptofobia)- frica de a fi atins
- apifobia- frica de albine
- arachnefobia (arachnofobia) - frica de păianjeni
- asymmetrifobia- frica de lucruri asimetrice
- automysofobia- frica de a fi murdar
- bibliofobia- frica de cărţi
- botanofobia- frica de plante
- cancerofobia - frica de cancer
- catagelofobia- frica de a fi ridiculizat
- cibofobia, sitiofobia - frica de alimente
- clinofobia- frica de a se culca
- decidofobia- frica de a lua decizii
- dementofobia- frica de a nu înnebuni
- demofobia- frica de mulţimi
- dermatosiofobia (dermatofobia, dermatopathofobia)- frica de boli de piele
- dipsofobia- frica de a bea
- dromofobia- frica de a trece strada
- equinofobia- frica de cai
- erotofobia- frica de a face sex sau de întrebări cu privire la sex
- erythrofobia (erytofobia, ereuthofobia) – frica de roşu/de îmbujorare/de înnroşire
- herpetofobia- frica de reptile sau de lucruri înfricoşătoare.
- gamofobia- frica de a se căsători
- genofobia- frica de sex
- gerascofobia- frica de a îmbătrâni
- glossofobia- frica de a vorbi în public

- hamartofobia- frica de a păcătui
- hexakosioihexekontahexafobia- frica de nummărul 666
- hippopotomonstrosesquippedaliofobia- frica de cuvinte lungi
- homofobia- frica de identitate, monotonie sau de homosexualitate sau de a deveni homosexual
- hypengyofobia (hypegiafobia)- frica de responsabilitate
- insectofobia (entomofobia) - frica de insecte
- isolofobia- frica de singurătate, de a fi singur
- katagelofobia- frica de ridicul
- laliofobia (lalofobia)- frica de a vorbi
- maniafobia- frica de nebunie
- microbiofobia (bacillofobia)- frica de microbi
- musofobia (murifobia)- frica de şoareci
- noctifobia- frica de noapte
- nyctofobia- frica de întuneric sau nopte
- obesofobia (pocrescofobia) - frica de creştere în greutate.
- ochlofobia- frica de mulţimi de oameni
- panofobia (pantofobia)- frica de tot
- parasitofobia- frica de paraziţi
- paraskavedekatriafobia- frica de ziua de vineri 13
- triskaidekafobia- frica de numărul 13
- parthenofobia- frica de virgine sau fete tinere
- pathofobia- frica de boală
- peniafobia- frica de sărăcie
- fobofobia- frica de fobii
- pupafobia - frica de păpuşi/marionete
- scabiofobia- frica de scabie
- social fobia- frica de a fi evaluat negativ în situaţii sociale
- sociofobia- frica de societate sau de oameni în general
- technofobia- frica de tehnologie
- thanatofobia sau thantofobia- frica de moarte sau de a muri
- theofobia- frica de dumnezeu sau de religie
- traumatofobia- frica de rană sau de a se răni
- venustrafobia- frica de femei frumoase

COMPORTAMENTE ŞI EMOŢII AGRESIVE

Spectrul de emoţii agresive variază pe o scară largă, este legată de cultură şi au rol de adaptare.

Comportamentul agresiv este un diagnostic nespecific şi poate să apară într-o gamă largă de stări psihopatologice:

- schizofrenia: este determinat de delirul paranoid sau este consecinţa comenzilor din halucinaţiile auditive;
- tulburările bipolare, în episoadele mixte caracterizate de iritabilitate dar şi în episoadele maniacale, în care o provocare minimă poate duce la o agitaţie agresivă (furor maniacal) important;
- epilepsie – agresivitatea este secundară unei toleranţe scăzute la frustrare sau poate apare în timpul alterării câmpului de conştiinţă;
- tulburările legate de abuzul de substanţe (în special stimulante ca alcool, amfetamine, cocaină);
- tulburările de personalitate antisociale – sunt caracteristice heteroagresivitatea şi autoagresivitatea;
- depresie - heteroagresivitate şi autoagresivitate;
- tulburări psihice organice – agresivitatea este secundară unei iritabilităţi crescute.

Iritabilitatea este o stare emoţională negativă carecterizată prin nelinişte interioară care nu se reduce după o izbucnire (în contrast cu mânia). Iritabilitatea poate să apară în psihoze, anxietate sau tulburări ale dispoziţiei, poate reprezenta o trăsătură de-a lungul vieţii şi este, de obicei, declanşată de frustrări care sunt legate de incapacitatea de a realiza obiectivele personale sau de necesităţile instinctuale (foame, privare de somn, frustrare sexuală, durere). Iritabilitatea apare în tulburări legate de abuzul de substanţe şi tulburări psihice organice.

În psihiatrie, termenul de **raptus** înseamnă apariţia bruscă (sau reapariţia) unei stări patologice și este folosit, de obicei, pentru a descrie situaţia în care o stare se suprapune peste o altă stare de bază. Se poate vorbi despre raptus în orice tulburare psihiatrică, inclusiv în depresie (raptus melancholicus descris de Kretschmer: un pacient aparent pasiv poate brusc izbucni şi poate comite acte de violenţă sau sinucidere).

TULBURĂRI ALE INSTINCTELOR

SOMNUL[35]

Insomnia este o perturbare a somnului raportată de pacient ca *dormit prost*. Poate apărea în multe condiţii psihopatologice, frecvent în depresie, în tulburări legate de consumul abuziv de substanţe, în tulburarea anxioasă generalizată, panică, schizofrenie (mai ales în fazele psihotice), îmbătrânire, demenţă (cu inversarea ritmului nictemeral), manie sau hipomanie (în acestă ultimă condiţie insomnia este asociată cu scăderea nevoii de somn şi nu este întotdeauna reclamată pacient, acest aspect nederanjându-l).
Insomnia poate apărea în prima fază a somnului (*dificultate de a adormi)*, la mijlocul nopții sau în faza terminală de somn (*trezire matinală*) . Dificultăţile legate de adormire sunt asociate clasic cu anxietatea (insomnia nevroticului), în timp ce insomnia terminală este frecvent întâlnită în depresie, asociind energie matinală redusă şi o stare generală de rău.

Hipersomnia este caracterizată prin somn excesiv sau somnolenţă excesivă diurnă. Hipersomnia este un semn distinctiv al depresiei atipice dar poate fi constatată și în tulburările legate de consumul abuziv de substanţă (stimulante, în sevraj) sau sindromul de apnee în somn (împreună cu sforăitul, oboseală timpul zilei, treziri repetate în timpul nopţii). Hipersomnia cu un pattern periodic (alternanţa cu stări confuzionale, foame vorace şi activitate sexuală prelungită) este descrisă în sindromul Klein -Levin.

Narcolepsia este o tulburare caracterizată prin atacuri bruşte de somnolenţă irezistibilă, asociată cu somnolenţă diurnă, tulburări de somn nocturn şi cataplexie. Cataplexia se referă la episoade de relaxare musculară generalizată, brusc instalată, care conduc la colaps fizic, dar fără perturbări de conştiinţă.

Parasomniile sunt o clasă de tulburări de somn cauzate de activitatea anormală a creierului:

- **Paralizia de somn** (**Sleep paralysis)** se referă la trezirea din somn cu o senzaţie de a fi complet paralizat (poate persista timp de câteva minute).
- **Halucinaţiile hipnagogice** sunt halucinaţii vizuale vii care apar atunci când subiectul este pe cale de a adormi, în timp ce **halucinațiile hipnapompice** sunt halucinaţii care apar la trezire. Ambele stări sunt

[35] Cartwright R. (1991) Development of a Program for Sleep Disorder, in Sweet J. & col.. Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings, Plenum Press, New-York, London

experienţe care pot fi acompaniate de mirosuri, sunete, imagini şi include stări emoţionale ca teama sau bucuria. Halucinaţiile hipnapompice şi paralizia de somn pot apărea împreună. Deşi sunt frecvent observate la persoanele cu narcolepsie, ele pot apărea și în absența unei patologii psihiatrice (ex. persoane care sunt private de somn).

- **Coşmarurile** reprezintă vise înfricoşătoare. Coşmarurile afectează copiii mai frecvent decât adulţii şi apar în timpul somnului REM. Sunt raportate mai ales în tulburările de anxietate, depresie, tulburări legate de consumul abuziv de substanţă, după evenimente traumatice, sau ca efect secundar al unor medicamente.
  Conţinutul coşmarurilor în depresie este întunecat şi sumbru în timp ce în tulburările de anxietate este legat de teama simbolică. În coşmarurile legate de consumul de alcool au aceeaşi temă ca halucinațiile din delirium tremens (activităţi din timpul zilei, animale - câinii negri, pisici sau şoareci, insecte); uneori este dificil de diferențiat coşmarul de halucinaţiile din delir.
- **Tulburările de comportament în somnul REM** includ verbalizare şi deplasare în timpul somnului REM. Comportamentul poate fi violent şi poate determina auto sau hetero-vătămări grave neintenționate. La trezirea din somn pacientul poate fi în măsură să-şi amintească episodul ca visuri vii. Această tulburare este mai frecventă în rândul persoanelor în vârstă (sugerează existenţa unui proces neurodegenerativ), precum şi în narcolepsie.
- **Somnambulism** (= mersul în somn) pacientul este un rătăcitor fără ţintă în timpul somnului, cu incompletă conştiinţă, de obicei cu ochii deschişi, dar fără dovezi de recunoaştere şi fără amintirea episodului. Apare mai frecvent în timpul copilăriei şi adolescenţei târzii şi are loc doar în etapa 3 şi 4 de somn non-REM.
- **Teroarea nocturnă** constă în episoade de frică intensă asociate cu trezire fiziologică dar fără conştientizare. Teroarea nocturnă este adesea însoţită de somnambulism şi sunt caracteristicile cheie ale tulburării de teroare în somn. De obicei persoana este greu de trezit şi episodul poate dura câteva minute. Odată trezit, individul este confuz şi afirmă că este dificil de relatat detalii din visul lui. Spre deosebire de coşmaruri, care sunt visele înfricoşătoare cu amintiri vii, pacienţii îşi amintesc rareori detaliile specifice ale unei terori nocturne. Sunt mai frecvente în rândul copiilor şi pot să apară în timpul

etapelor 3 şi 4 de somn non-REM. La adulţi, terorile nocturne sunt adesea asociate cu deteriorarea mentală (ca în tulburări mentale organice) sau abuzul cronic de alcool.

- **Bruxismul** se referă la mişcări involuntare de scrâșnire a dinţilor la copii în timpul somnului. La adulţi, bruxismul poate apărea involuntar în timpul stărilor de tensiune sau în asociere cu administrarea de ISRS (inhibitori selectivi ai recaptarii serotoninei), benzodiazepine, sau consumul de alcool.
- **Sindromul picioarelor neliniştite** (Wittmaack-Ekbom's syndrome) este o condiţie care se caracterizează printr-un impuls irezistibil de a mişca membrele, în scopul de a opri senzaţiile de disconfort din organism (de arsură, furnicături, crampe, dureri, senzaţii de tracțiune), cel mai frecvent la nivelul picioarelor, dar poate fi, de asemenea, la nivelul braţelor şi trunchiului. Schimbarea poziției segmentului afectat modulează senzaţiile, oferind un ajutor temporar. Multe persoane își agită picioarele, rezultând un tic nervos. Acesta este inofensiv, neobservat, şi nu interferă cu viaţa de zi cu zi. Sindromul picioarelor neliniştite apare cel mai frecvent la adulţii de vârstă medie şi este agravat de stres.
- **Convulsiile nocturne** apar in timpul somnului și au un aspect similar cu parasomniile. În timpul unei episod convulsivant nocturn pacientul poate plânge, ţipa, vorbi sau merge pe jos. Convulsiile nocturne sunt de obicei tonico-clonice şi pot să apară după adormire, la trezire, in timpul somnului din timpul zilei, sau în timpul unei stări de somnolenţă. După convulsii nocturne pacienții pot să se trezească greu sau să fie dificil să păstreze starea de veghe și nu recunosc că au avut o criză în timp ce dormeau.
  Se pot asocia cu cefalee, iritabilitate sau alte comportamente distructive pe tot parcursul zilei.

APETITUL

Pierderea poftei de mâncare (**anorexia**[36]), este prezentă în tulburări depresive, durere şi doliu, tulburări de anxietate, anorexie nervoasă, efecte adverse ale medicamentelor (stimulente, narcotice). Poate fi însoţită de

[36] Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger D.(2002) Self-injurious behaviour in women with eating disorders. American Journal of Psychiatry; 159:408-411

modificări ale gustului: **parageusia** - senzaţie de gust neplăcut; **disgeuzie** - denaturarea sau scăderea simţului gustului.
Anorexia nervoasă este o entitate nosografică ce cuprinde câteva caracteristici: 1) pacientul face eforturi permanente pentru a-și menține greutatea sub cea mai mică greutate considerată normală pentru vârstă şi înălţime; 2) teama intensă de creşterea în greutate sau de a deveni gras, chiar dacă este subponderal; 3) imaginea corpului ste percepută distorsionat; 4) în cazul pacienților de sex feminin: trei perioade consecutive fără perioda de ciclu, fără sarcină.

Creşterea apetitului (**hiperfagia**) este întâlnită în depresia atipică, tulburarea bipolară sau ca efect advers la medicamente (antimaniacale, mirtazapina, antipsihotice atipice).

Mâncatul în exces se referă la ingestia episodică de alimente cu calorii crescute; mâncatul în exces apare ca un element-cheie în bulimie, dar poate fi și ca mecanism comun de autoreglare emotional în anxietate.

Sindromul Klüver - Bucy include: reducerea agresiunii, comportament sexual excesiv şi fără discernământ, comportament social inadecvat, emoții aplatizate, incapacitate de a recunoaşte obiecte (agnosia) şi feţe (prosopagnosia), hiperoralitate cu hiperfagia.
Acesta a fost descris inițial la maimuţe după lobectomie temporală bilaterală. La subiecți umani apare în leziuni ale amigdalei (traumatism, herpes simplex, encefalită) sau în demenţă (mai ales cu leziuni fronto-temporale).

Bulimia[37] este o tulburare de alimentaţie, comună mai ales în rândul tinerelor femei cu greutate normală sau aproape normală, care se caracterizează prin dorință irezistibilă de a mânca (ingestia de alimente bogate în calorii, care se face de obicei pe ascuns). Apare episodic, recurent, și se însoţește de un sentiment de pierdere a controlului, fiind urmată de sentimente de vinovăţie, depresie, şi auto-condamnare. Frecvent se asociază cu măsuri pentru a preveni creşterea în greutate (vărsătura auto-provocată, utilizarea de laxative, dieta, sau postul).
Individul este permanent îngrijorat cu privire la imaginea corporală şi greutate, dar nu percepe distorsionat propria imagine corporală așa cum se întâmplă la pacienții cu anorexie nervoasă.
Uneori, termenul de bulimie se referă numai la apetit excesiv sau nesăţios.

[37] Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine 1979; 9:429-448

Energia

Termenul de **oboseală** este cel mai des utilizat să descrie o gamă de afecţiuni care pot apărea la persoanele normale, variind de la o stare generală de letargie la o senzaţie de lucru specifică indusă. Deşi acest termen este similar senzațiilor persoanelor sănătoase, senzaţiile experimentate în condiţii patologice sunt calitativ diferite.

Oboseala poate fi din punct de vedere clinic foarte importantă, dar are un caracter subiectiv şi nespecific, fiind raportată în majoritatea afecțiunilor somatice cronice (scleroza multiplă, insuficienţa cardiacă, bolile hepatice, insuficienţa suprarenală, anemia, insuficienţa renală, hipotiroidismul, lupusul eritematos sistemic) şi în orice boală malignă.

Oboseala însoţeşte o varietate de tulburări psihiatrice, în special tulburările depresive şi de anxietate, dar poate fi raportată, de asemenea, în tulburări asociate (de exemplu, durere), tulburare indusă de utilizarea de substanţe (sedativ-hipnotice), tulburări de personalitate (ex. personalitate dependentă), tulburări somatoforme (ex. hipocondria), tulburări mentale organice (ex. demenţă). În depresie, evoluţia nivelului de energie variază: ziua începe cu energie scăzută şi se constată reducerea oboselii în timpul activităţilor de peste zi.

Un termen aproape sinonim cu oboseala este **astenia**, care descrie o stare caracterizată prin energie redusă. Poate fi relatată de către pacient ca slăbiciune, lipsă de energie şi forţă, pierderea de putere.

O condiţie controversată, descrisă în literatura occidentală, este cunoscută sub numele de **sindromul de oboseală cronică**. Ca similitudine clinică pentru neurastenie, sindromul oboselii cronice este un sindrom popular care include oboseală şi mai mult de 50 de alte simptome.

Oboseala are două forme cunoscute: una manifestată local, ca o incapacitate specific musculară pentru putea efectua o activitate fizică, şi alta manifestată ca sentiment general, corporal sau sistemic, de privare de energie. Datorită acestor două faţete divergente ale simptomului de oboseală, a fost propusă identificarea obosealii din două perspective "central" şi "periferică".

SEXUALITATEA[38]

Scăderea dorinţei sexuale (scăderea libidoului) este întâlnită în tulburarea organică, convulsiile parţiale complexe, schizofrenie, tulburarea depresivă, abuzul de substanţe, reacţii adverse la medicamente SSRIs.

[38] Bancroft, ed. *The Role of Theory in Sex Research.* Bloomington: Indiana University Press, pp. 82- 104.

Creşterea sexualităţii şi a activităţii sexuale se observă în manie, hipomanie, tulburări legate de consumul abuziv de substanţe, tulburările de personalitate (în special cluster B, de ex. Tulburarea de personalitate borderline în care activitatea sexuală este haotică), afectarea diencefalică.

Alterarea sexualităţii (**parafilias)** include fetişismul, sadomasochismul, pedofilia, ca sindrom psihiatric izolat, sau la persoane cu comportament sexual inadecvat care pot fi semne precoce de afectare cerebrală sau psihoze.

GÂNDIREA

Clasificarea tulburărilor de gândire, împărţite în tulburări de formă şi de conţinut, se bazează pe aspecte descriptive şi convenţionale, dar marea majoritate a anomaliilor în gândire includ atât forma, cât şi conţinutul perturbării.

GÂNDIREA - TULBURĂRI DE RITM ŞI FORMĂ

- *RITMUL*[39]

Încetinirea gândirii este caracterizată prin slaba iniţiativă sau planificare, deşi rămâne obiectivul planificat. Această perturbare este sugerată de vorbire (bradilalia, creşterea latenţei de răspuns, o mulţime de hiatusuri, discurs elaborat cu mare dificultate, vorbire ezitantă), şi prin ceea ce pacientul poate spune - lentoare în procesul decizional, iniţiativă puţină, incapacitatea de a gândi în anumite situaţii; ea este experimentată ca greutate în gândire sau dificultate de concentrare.

Blocarea gândirii este experimentată ca o pauză bruscă în fluxul de gândire şi observată de către examinator ca întreruperea discursului în mijlocul frazei.

Accelerarea vitezei de gândire (reflectare în vorbirea rapidă) poate fi văzută la persoane normale sau în hipomanie/episoade mixte din tulburarea bipolară, dar şi în delirium sau leziuni ale hipotalamusului.

Vorbire cu presiune - pacientul vorbeşte rapid, precipitat, excesiv şi cu voce tare (de obicei, fără întrebări prea multe, într-un mod spontan), este

[39] Kagan, J.. & Moss, H. A. (1962). *Birth to Maturity: A Study in Psychological Development.* New York: Wiley

văzută în manie, hipomanie, tulburări legate de consumul abuziv de substanţe stimulante, stări de anxietate.

Fuga de idei este o tulburare de gândire în care ideile trec (sar) de la una la alta şi este observată de către psihiatru ca o schimbare rapidă şi frecventă în idei, dar fără a pierde conceptul asociaţiilor de subiecte. Este o condiţie, de obicei, observată în mania bipolară, dar ea poate apărea, de asemenea, în schizofrenie sau tulburarea de deficit de atenţie.

- *PRODUCTIVITATE*

Productivitatea se referă la evaluarea cantitativă a fluxului de gândire. Examinatorul analizează dacă este o supra-abundenţă sau idei puţine precum şi vorbirea excesivă (forma fizică), care exprimă aceste idei (în special intonaţia, prozodie, timbru); este util să se coreleze gândul cu mijloacele de comunicare, fie verbal (vorbire) sau paraverbal (pantomima, postura, ochii).

- *CONTINUITATE*

Continuitatea în gândire este dedusă de intervievator şi poate fi testată cu câteva întrebări deschise. Examinatorul observă dacă răspunsurile pacientului sunt adecvate la întrebări, dacă acestea sunt conforme cu scopul discuţiei şi, dacă răspunsurile sunt relevante sau irelevante pentru întrebări. Există o serie de tulburări clasice în continuitatea de gândire[40].

Circumstanţialitatea – fluxul de gândire începe treptat să părăsească obiectivul. Examinatorul observă că ideile pacientului includ o mulţime de detalii inutile, apar asociaţii din ce în ce mai slabe, dar, în final, pacientul poate reveni la punctul de plecare fără ajutor din partea examinatorului.

Tangenţialitate – fluxul de gândire începe treptat să părăsească obiectivul de răspuns, din ce în ce mai departe de subiect, fără a reveni la punctul de plecare.

Vorbirea eliptică – asociaţiile sunt strâns legate (ca pe o orbită în jurul punctul de plecare) de tema întrebării, dar niciodată nu ajung să răspundă la întrebare.

Nonsequitur (latină "nu urmărește") - răspunsurile pacientului sunt complet fără legătură cu întrebările examinatorului.

[40] Rifkin A.(1991) Phenomenology of mental disorders. In, Foundations of Psychiatry, Edited by K Davis, H Klar, J Coyle. Philadelphia: W B Saunders

Deraierea - o ruptură în asociaţii care apare în fluxul gândirii, astfel încât pacientul se mută de la o temă de gândire la una nouă, paralelă cu tema de gânduri iniţială.

Slăbirea asociaţiilor - gândurile nu mai sunt legate unul de altul, se pierde legătura dintre idei. În cazuri extreme, asociaţiile dintre cuvintele pacientului sunt pierdute (= **salata de cuvinte**), astfel că nu există nici o semnificaţie sau o relaţie între ele sau discursul devine şiruri de enunţuri incoerente (fenomen cunoscut sub numele de **verbigerație**).

Toate aceste tulburări, de la circumstanţialitate uşoară până la verbigeraţie, delimitează o severitate crescândă a tulburării de gândire. Este mai bine să se descrie tulburarea (cu scurte citate din cuvintele pacientului) sau să se utilizeze unii termeni larg recunoscuţi (cum ar fi termenii menţionaţii mai sus) decât să se reamintească o mulţime de taxonomii depăşite. **Dezorganizarea în gândire** (exprimată prin limbaj dezorganizat) este o caracteristică esenţială a schizofreniei şi este sugerată prin utilizarea de cuvinte ciudate, construcţii ale propoziţiilor şi o logică aparte. Deşi diferite taxonomii sunt discutate, consensul între autori nu a fost realizat; oricum, este uşor să găseşti variaţi descriptori pentru astfel de tulburări:

- **gândire nesistematizată** - sărind de la o idee la alta fără conexiuni logice (în ciuda construcţiei gramaticale exacte), este destul de similară cu pierderea de asociaţii şi, de asemenea, cu "gândirea tip mutarea calului" (aluzie la deplasarea piesei de şah, singura care nu se deplasează în linii drepte) sau aglomerarea de gândire;
- **paragramatismul** descrie situaţia în care gramatica este schimbată; **parasintaxa** se referă la modificarea sintaxei; în consecinţă discursul constă într-o mulţime de fraze greșite și complicate care nu ating scopul gândirii;
- **fragmentarea** descrie modul în care o singură idee este ruptă fără intenție în mai multe părţi, care nu sunt de înţeles fiecare în parte;
- **vorbeireden** ("vorbeşte la timpul trecut") este un concept legat de tangenţialitate; vorbeireden descrie gânduri care ocolesc ideea centrală pentru a ajunge la un scop diferit şi este adesea folosit alternativ cu **vorbeigehen** ("merge dincolo de scop"), acesta din urmă fiind iniţial definit ca parte a sindromului Ganser, în care indivizii, de obicei din închisori, ar da răspunsuri incorecte ("răspunsuri aproximative"), la întrebări simple cu răspuns simplu (ex. "Câte degete vezi?"; pacientul cu sindromul Ganser va spune "trei" în loc de "două");

- **întrepătrunderea** se referă la intruziuni nedorite de teme fără legătură, într-o gândire care a fost iniţial direcţionată spre un scop;
- **overinclusion** descrie în literatura anglo-saxonă incapacitatea de a menţine limitele unui gând atunci când încearcă să comunice o idee specifică;
- **vorbire incoerentă** - deviantă, discursul care se abate, prolix;
- **discurs evaziv/ambiguu/ambivalent** (deschis la interpretări diferite);
- **discurs alegoric/metaforic**: se condensează într-o expresie a mai multor evenimente, astfel că asociaţiile nu sunt uşor de înţeles, dar par metafore pentru interlocutor;
- **condensarea** este fenomenul prin care două idei care au ceva în comun sunt amestecate într-un singur concept de neînţeles,. Acest lucru este similar cu conceptul de **fuziune** (fuziunea şi împletirea de idei separate);
- **gândirea tranzitorie** descrie gândirea caracterizată prin deraieri, substituţii şi omisiuni. **Omiterea** descrie starea prin care un gând (sau parte dintr-un gând) este în mod necorespunzător lăsat afară din exprimare, deci are similitudini cu conceptul de blocarea gândirii. **Deplasarea şi înlocuirea** descrie un proces prin care o idee este folosită pentru o idee asociată. Substituirea se referă la utilizarea de cuvinte noi sau modificate sau de fraze (**parafazia/parafrazia**). Uneori, discursul la pacienţii cu schizofrenie conține multe neologisme; neologismele sunt cuvinte sau expresii nou inventate, uneori formate prin condensarea şi combinarea mai multor cuvinte, uneori cuvintele sunt frânte;
- **discursul grosolan neinteligibil** poate fi descris ca: încurcat, aiurit (se referă la multe elemente diferite, sensul este complet ascuns de ascultător), **verbigerația, salata de cuvinte** (schizofazia), confuzie în vorbire, **incoerenţă**, aculalia, **glossolalia** (aparent pare că vorbeşte într-o limbă necunoscută), catalogia şi **catafasia**. **Jargonul** reprezintă în semiologia psihiatrică discursul care este de neînţeles, deoarece cuvintele însele sunt neinteligibile sau inventate de către pacient.

Toate aceste tulburări de continuitate în gândire şi de exprimare sunt caracteristici care denota dezorganizarea gândirii şi sunt identificate în principal în schizofrenie.

Alături de schizofrenie, gândirea circumstanţială[41] poate fi întâlnită în epilepsie, retard mintal, personalităţi obsesionale. Tulburările de compor-

[41] Wing J, Cooper J, Sartorius N. Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.

tament asociate cu epilepsia de lob temporal se întâlnesc în sindromul Geschwind, care se caracterizează prin vâscozitate, circumstanţialitate, hipergrafie, şi mai puţin frecvent, religiozitate. Ca trăsături de personalitate, aceste caracteristici pot fi prezente, în forme atenuate, în alte tipuri de epilepsie şi chiar şi în sindroamele organice a creierului. Văscozitatea se referă la bradipsihia semnificativă, cu aderenţă la subiect (subiecte, obiecte şi probleme care fac imposibilă trecerea la următorul eveniment, temă sau experienţă); discursul acestor pacienţi are deseori o calitate pedantă, astfel încât ei simt că nu au fost înţeleşi şi reafirmă aceleaşi lucruri. Aderenţa pacienţilor cu epilepsie are aspectul unei discuţii interminabile cu susţinerea ideilor cu perseverenţă.

Afazia (sau afemia) este o pierdere a capacităţii de a produce şi/sau înţelege limbajul, din cauza bolilor neurologice (afectarea zonelor cerebrale specializate pentru aceste funcţii). Afazia poate afecta înţelegerea auditivă, exprimarea orală, citirea, scrierea, pacientul nu își găsește cuvintele. Deşi afazia poate fi însoţită de afectări senzoriale (vedere, auz), slăbiciune musculară, paralizie sau necoordonare musculară, aceasta nu este rezultatul surdităţii sau paraliziei musculare și nu afectează în mod necesar inteligenţa. **Disfazia** descrie o formă mai puţin severă a aceleiaşi condiţii. Afazia trebuie suspectată atunci când se observă un tablou clinic sugestiv: incapacitatea de a înţelege şi de a vorbi, incapacitatea de a numi obiecte, incapacitatea de a forma cuvinte, enunţ sărac, tulburări prin repetarea de fraze sau repetarea excesivă, parafazii, neologisme, agramatism sau paragramatism, incapacitatea de a citi sau scrie, disprosodie (deficienţe de vorbire legate de ritmul şi intonaţie).

O clasificare clasică a afaziei[42] conţine patru mari categorii, sistematizate de autorii clasici într-un model anatomic:

1. **Afazia lui Broca** (afazie motorie, afazie nonfluentă, afazie expresivă) implică dificultăţi în transmiterea gândurilor prin vorbire sau scris; pacientul ştie ce vrea să spună, dar nu poate găsi cuvintele de care are nevoie. Discursul spontan conţine paragramatism; este lipsit de reguli gramaticale (agramatism), nonfluent, greoi, lent, uneori redus la o schemă telegrafică; repetiţia este afectată. Pacienţii sunt capabili să înţeleagă discursul altora, astfel încât aceştia devin frustraţi atunci când nu sunt în măsură să răspundă la întrebări. Afazia Broca apare în

[42] Mesulam, M. M. (2003). Current concepts: primary progressive aphasia - a language-based dementia. *New Engl J Med* 349: 1535-42

leziuni din zona lui Broca (partea inferioară a lobului frontal stâng) sau cortexul insular median.

2. **Afazia lui Wernicke** (afazie fluentă, afazie senzorială, afazie de recepţie) implică dificultăţi în înţelegerea limbajului vorbit sau scris şi incapacitatea de a vorbi limba de fond. Pacientul aude vocea sau vede scrisul, dar nu poate înţelege sensul cuvintelor. Discursul este fluent, dar neînţeles, umplut cu parafazii, neologisme şi cu un exces de articole şi conjuncţii, discursul acestor bolnavi are un aspect similar cu discursul schizofrenic. Repetiţia este doar uşor afectată; în general, pacienţii nu îşi dau seama că ceea ce spun ei este lipsit de sens (anosognosia). Afazia Wernicke apare în leziuni ale regiunii de limită a lobilor temporal şi parietal pe suprafaţa dorsolaterală a emisferei stângi.
3. **Afazia anomică** se referă la dificultatea de a denumi obiecte, oameni, locuri, evenimente. Cuvintele care sunt dificil de exprimat sunt legate de rangul lor gramatical (ex. numirea substantivelor este afectată în timp ce numirea verbelor este păstrată) sau de tipul lor semantic (ex. dificultate în exprimarea numai anumitor activităţi/obiecte). Pacienţii sunt conştienţi de problemele lor şi acuză dificultăţi în găsirea cuvintelor. Repetiţia şi înţelegerea auditivă sunt uşor afectate.
4. **Afazia globală** este mai severă, rezultă din daune extinse a zonelor lingvistice ale creierului; în această condiţie, atât înţelegerea cât şi exprimarea limbajului sunt afectate astfel încât pacienţii nu pot vorbi și înţelege discursul altora, nu pot citi sau scrie.

O altă clasificare, bazată de asemenea pe un principiu anatomic (dar dintr-un punct de vedere modern) este propusă de L. Lichteim:

1. surditatea pură a cuvintelor - pacienţii nu pot înţelege că sunetele pe care le aud sunt de fapt cuvinte, repetarea este afectată; de fapt, acestă afazie este secundară agnoziei (afectarea înţelegerii de sunete);
2. afazia de conducere – înțelegerea auditivă este păstrată, dar repetiţia, cititul cu voce tare şi vorbirea sunt afectate; sunt conservate lectura tăcută, vorbirea interioară şi scrisul. Pacienţii cu afazie de conducere știu ce vor să spună, dar nu pot avea acces la cuvinte pentru a vorbi (din cauza leziunilor fibrelor care leagă zona lui Wernicke de recepţie auditivă cu zona lui Broca pentru limbaj expresiv);

3. apraxia de vorbire – insuficienţa aparatului motor necesar pentru producţia verbală (prin tulburări neurologice care afectează zonele centrale);
4. afazia motorie transcorticală;
5. afazia senzorială transcorticală – este rezultatul izolării ariei pentru vorbit, ca o consecinţă a ischemiei. Deoarece aria pentru vorbit este izolată (deşi ea poate fi intactă) pacientul este capabil să vorbească, dar nu poate spune nimic; el este incapabil să descrie ceea ce simte, vede, îşi doreşte sau atinge, ei sunt capabili să dea răspunsuri automate foarte cunoscute (un cântec, comenzi). În afazia motorie transcorticală regiunea izolată este anterioară, aşa că înțelegerea este păstrată; în afazia senzorială transcorticală regiunea posterioară este izolată, deci comprehensiunea este afectată.

În final, o altă clasificare a afaziei:

1. afazia pură - dificultăţile sunt doar selective, afectând lectura (alexia), scrisul (agrafia) sau recunoaşterea cuvintelor (surditate pură de cuvânt);
2. afazia nonfluentă (afazie expresivă) - dificultăţi în articulare, dar cu conservarea înţelegerii auditive; exemple de afazie nonfluentă sunt: afazia lui Broca, afazie motorie transcorticală, afazie globală;
3. afazie fluentă (afazie de recepţie) – sunt afectate înţelegerea auditivă şi repetarea; exemple: afazia Wernicke, afazie transcorticală senzorială, afazie anomică.

Având în vedere complexitatea creierului, nu există o conexiune precisă între regiunile cerebrale şi clasificarea simptomelor. Aceste clasificări sunt doar relative, întâlnite în practica reală, dar ele pot da indicii importante în cazul unui pacient real.

***

Alţi termeni utilizaţi în descrierea tulburărilor de gândire:

Palilalia – repetarea ultimului cuvânt rostit (spre deosebire de ecolalie care se referă la repetarea unei fraze rostite de către intervievator).

Asocierea zgomotoasă (zgomotos) - gândul nu este generat prin intermediul unei conexiuni logice, ci se bazează pe un sunet de la un cuvânt precedent.

Perseverenţa - o propoziţie sau o frază este repetată, uneori de mai multe ori, chiar dacă nu mai este relevantă (în delir, tulburări mintale organice, inclusiv demenţă). Perseverenţa indică faptul că există o mare probabilitate de organicitate.

Stereotipii verbale – repetarea constantă de fraze sau cuvinte, în diferite situaţii sau contexte.

Gândirea dereistică se referă la gândirea care nu este în conformitate cu realitatea şi experienţa.

Gândirea autistă se referă la gândirea care nu este în conformitate cu realitatea, dar care subliniază o preocupare excesivă pentru experienţa interioară.

GÂNDIREA – CONTROL

1. ***DELIRUL***[43] – pacientul simte că pierde controlul asupra propriilor gânduri. Forme de delir:
   - **Inserţia gândirii** – gândurile sunt inserate în mintea pacientului din exterior.
   - **Retragerea gândurilor** - gândurile sunt furate sau sunt amesctecate în minte.
   - **Difuzarea gândirii** – gândurile părăsesc mintea pacientului şi de aceea ele pot fi experimentate sau auzite de alţii.

Aceste experienţe grave sunt adesea combinate cu iluzii cu scopuri explicative, în special iluzii de control (pacientul crede că el este controlat de alţii) şi sunt legate de alte tulburări în gândire sau percepţie. Fenomenul de gândire delirantă pasivă este specific în special schizofreniei, dar pot apare şi în alte tulburări psihotice. Ca un fenomen derivat, unii pacienţi cu schizofrenie experimentează sonorizarea gândirii (un criteriu clasat pe primul loc în criteriile Schneider de schizofrenie), care sunt voci halucinantorii cu ecou sau vorbesc cu voce tare gândurile lor. Referitor la sonorizarea gândurilor, fenomenul poate fi experimentat ca 1) **ecoul gândirii** (echo de la pensee - crede că gândurile sunt rostite cu voce tare de o "voce" după ce au fost produse de către pacient); un fenomen similar este ecoul de citire (o voce citeşte ceea ce de fapt pacientul citeste în gând); 2) **Gedankenlautwerden ("le**

[43] American Psychiatric Association (1999). Practical Guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington, DC: American Psychiatric Association

aude cu voce tare") - pacientul îşi aude gândurile sub formă de voce tare în acelaşi timp când le gândeşte, nu după aceea; vocea anticipează ceea ce el este pe cale de a gândi sau, 3) **sonorizarea gândirii** este un termen folosit pentru experienţe combinate de Gedankenlautwerden şi gândire ecou.

Un alt fenomen derivat din pasivitatea gândirii delirante este **citirea gândurilor;** acesta este descris adesea ca halucinaţii, pseudohalucinaţii sau delir (pacientul are credinţa falsă că alte persoane pot să-i cunoască gândurile).

2. OBSESII

Obsesiile[44] sunt gânduri persistente, repetitive şi stereotipe (dar pot fi, de asemenea, impulsuri sau imagini) care sunt experimentate ca intruzive şi necorespunzătoare şi care provoacă anxietate marcată sau suferinţă; pacienţii le recunosc ca fiind iraţionale şi dincolo de controlul lor. De aceea încearcă să ignore sau să le suprime, sau încearcă să le neutralizeze cu alte gânduri sau alte acţiuni. Pacienţii sunt de obicei epuizaţi de efortul de a opri gândurile obsesionale, dar nu le pot împiedica să reapară, astfel încât asociate cu gândirea obsesională apar compulsiile - experienţe subiective de constrângere şi rezistenţă faţă de ele.

Comportamentele compulsive servesc pentru a reduce anxietatea asociată cu obsesia. În tulburarea obsesiv-compulsivă temele principale de obsesie sunt legate de sănătate, sex şi alte diferite aspecte (contaminare, de a face rău altora, simetrie, ordine), dar, de asemenea, gânduri nepotrivite de agresivitate, gânduri sexuale nepotrivite sau religioase de blasfemie; compulsiile sunt în special legate de evitarea unui obiect periculos simbolic. Comportamentul deviant poate fi organizat în ritualuri, care sunt activităţile rigid construite pentru a anula efectele gândurilor (ritualuri de curăţare, ritualuri de verificare). Simptomele pot include:

- Verificare excesivă.
- Îndoială constantă (uneori apare ca încetinirea bruscă în timpul desfăşurării unei acţiuni).
- Repetare inutilă, ca mecanism de compensare în gând.
- Spălare repetată a mâinilor (ablutomania).

[44] Lewis, A. (1967). *Obsessional Illness. Inquiries in Psychiatry.* London: Routledge & Kegan Paul, pp. 157-72

- Sistem specific de contabilizare; o atracţie generală şi utilizarea excesivă a numerelor (arithmomania) - numără paşi, numără obiectele care sunt lăsate în urmă de pe stradă.
- Alinierea perfectă a obiectelor, nevoie de simetrie în mersul pe jos sau aranjarea obiectelor.
- Luptă cu gânduri rele folosind gânduri bune.
- Evitarea atingerii sau evitarea obiectelor care ar putea fi contaminate (aceasta sugerează o teama de contaminare = mysophobia).

GÂNDIREA – COMPLEXITATE

Tulburările de gândire complexe se referă la afectarea gândirii abstracte. În termeni generali, gândirea abstractă reprezintă capacitatea de a lua în considerare aspectul global (să păstreze în minte şi să folosească mai multe aspecte diferite şi subtile ale unei situaţii complexe). Tehnic vorbind, gândirea abstractă înseamnă capacitatea de a înţelege şi a face diferenţa între concepte generale şi exemple specifice. Aceasta se dezvoltă de obicei după vârsta de 12 ani; persoanele normale diferă foarte mult raportat la abilităţile de gândire abstractă.

Tulburările gândirii abstracte sunt întâlnite în schizofrenie, tulburări psihice organice, persoane cu inteligenţă scăzută. Testarea gândirii abstracte se face prin chestionarea pacientului: să precizeze caracteristica a doi itemi (ex. măr şi banană: persoanele normale spun că sunt fructe, cei cu gândire concretă pot spune că sunt amândouă bune de mâncat). Un alt test poate fi cel de a ruga pacientul să interpreteze un proverb.

GÂNDIREA – CONŢINUT

Tulburările conţinutului gândirii sunt credinţe anormale şi convingeri deosebite; psihiatrul trebuie să judece dacă aceste anormalităţi sunt parte a particularităţilor culturale sau dacă sunt în legătură cu alte simptome psihice. Ritmul normal de idei este adesea paralogic, conţine prejudecăţi sau etichetări personale sau culturale, dar numai în situaţii rare, aceste idei (mai puţin frecvente) sunt deţinute cu pasiune şi convingere puternică (ex. convingere politică sau religioasă).

Ideile dominante sunt gânduri care predomină în gândirea unei persoane, fără a fi nedorite sau simptomatice (ex. preocupări de sănătate, bani, datorii, nedreptăţi). Caracterizează gândirea obișnuită, nu parazitează câmpul conștiinței și nu induc modificări de comportament.

Monomania este un termen folosit pentru a descrie o stare mintală caracterizată prin preocupări cu un singur subiect. Frecvent, temele repetate identificate în tulburările clinice sunt reprezentate de: vinovăţie, inutilitate, lipsa de speranţă, teme legate de deces (în depresie), temeri sau îngrijorări (în tulburări de anxietate), supraevaluarea şi încredere în sine excesivă (în hipomanie sau manie).

Ideile supraevaluate (ideile fixe) sunt nerezonabile, solitare şi susţinute de convingeri anormale care au loc dincolo de motiv, dar nu ajung la intensitatea de delir (ex. nu modifică radical comportamentul) şi nu sunt prin natura lor obsesionale, deşi ele preocupă în măsura în care domină viaţa pacientului. Exemple de idei supraevaluate sunt imagini distorsionate ale corpului (în tulburări alimentare), gelozie morbidă (în tulburări de personalitate, abuzul cronic de alcool) sau hipocondrie uşoară.

Ideile de referinţă - un termen folosit atunci când pacientul consideră că evenimentele reale transportă semnificaţii specifice, unice şi personale (ex. un spectator de ştiri de televiziune crede că se încearcă să i se transmită un mesaj secret, cifrat). Ideile de referinţă sunt sub semnul întrebării pentru pacient, dacă sunt sau nu adevărate, în timp ce delirul de referinţă este adevărat dincolo de orice îndoială pentru pacient.

Delirurile (ideile delirante)[45] sunt credinţe false, fixe, puternic deţinute şi impenetrabile în faţa dovezilor infirmative, care nu sunt împărtăşite de alţii (spre deosebire de convingerile religioase dintr-un grup religios sau tradițiile unui subgrup cultural). Delirurile trebuie să fie atent diferenţiate de puternice convingeri politice şi religioase (care sunt împărtăşite de alţii). Cu toate acestea, ideile delirante pot conţine aspecte politice sau religioase, dar conţinutul ideii delirante este oarecum legat de pacient sau are interferenţe emoţionale anormale. Este important ca intervievatorul să nu contrazică un pacient cu convingeri delirante dar nici să-l aprobe.

Delirurile sunt clasificate după câteva caracteristici:

- Delir sistematizat - ideile delirante sunt restricţionate sau circumscrise unor teme şi sunt de obicei asociate cu un senzorium clar şi lipsa halucinaţii-

[45] Maher, B. A. (2001). *Delusions.* In H. E. Adams, P. B. Sutker, eds. *Handbook of Psychopathology.* New York: Plenum, pp.309-37

lor (nu sunt identificate în delirium, ci sunt descrise în tulburări delirante cronice ca paranoia clasică). Delirurile sistematizate sunt unite printr-o singură temă. Ele sunt adesea foarte detaliate şi pot rămâne neschimbate ani de zile. Uneori, ideile delirante sunt izolate de alte aspecte ale comportamentului (delir încapsulat), provocând astfel mai puţine perturbări în rutina de zi cu zi a pacientului. Alternativ, la unii pacienţi, mai ales la cei cu debut acut, convingerile se pot schimba rapid şi, ca urmare, pot interpreta greşit noi experienţe.

- Delirurile nesistematizate sunt extinse pentru multe domenii ale vieţii; acestea cuprind date noi din realitate şi sunt adesea asociate cu confuzie mentală (ca în starea de vis din psihozele reactive), halucinaţii (ca în schizofrenie), labilitate afectivă, proastă funcţionare socială. Delirul nonsistematizat se poate schimba în conţinut şi nivel de preocupare de la minut la minut.
- Delirul bizar este absurd, extrem de ciudat şi complet neplauzibil pentru cultura persoanei (ex. implică creaturi supranaturale care au scos creierul pacientului sau alte lucruri ciudate). Delirul de control, delirurile nihiliste, radiodifuzarea gândurilor, inserţia gândirii şi gândirea de retragere sunt considerate deliruri bizare.
- Delirul non-bizar este adesea un delir sistematizat şi implică conţinuturi cvasicredibile (ex. pacientul crede că se află sub supravegherea permanentă a poliţiei). Cele mai multe teme care ar putea fi considerate non-bizare sunt: de persecuţie, grandioase, religioase, precum şi cele mai multe deliruri de gelozie şi de culpabilitate.
- Delirul concordant cu dispoziţia este delirul cu un conţinut care este în concordanţă cu starea de spirit (dispoziţia depresivă - delir de sărăcie/de a fi păcătuit/persecuţie/nihilist; dispoziţia maniacală: delir grandios).
- Delirul incongruent cu dispoziţia este orice delir al cărui conţinut nu este în concordanţă cu starea afectivă (de depresie sau manie sau dispoziţie neutră).

Tipuri de idei delirante:

- Deliruri primare
    - Delir autohton – idee delirantă instantanee, care apare brusc pe fond deplin conştient.
    - Delir de percepţie – pacientul interpretează percepţiile normale într-o manieră delirantă.

- Dispoziţie delirantă (sau atmosferă delirantă) - un sentiment brusc că ceva ciudat şi vag se întâmplă, care implică sau are o semnificaţie pentru pacient.
- Memorie delirantă - pacientul interpretează unele amintiri vechi din memorie într-un mod delirant.

- Deliruri secundare:
  - Delir de control - pacientul crede că este sub controlul forţelor din afară, de obicei puternice şi răuvoitoare (control xenopatic); acesta este un delir secundar la delirul experienţelor pasive gândite. Uneori, termeni ca radiodifuzarea gândirii, inserţia gândirii şi retragerea gândirii sunt, de asemenea, folosite ca delir de control (pentru că aproape în fiecare caz pacientul încearcă să explice experienţele sale).
  - Delir de gelozie (sau delir de infidelitate): o persoană cu acest delir crede, în mod fals, că soţul său are o aventură sau amantă. Aceast delir provine din gelozia patologică, iar persoana adesea strânge "probe" şi se confruntă cu partenerul pentru situaţia inexistentă.
  - Delir de persecuţie - pacientul crede că este hărţuit sau persecutat de către spioni, Dumnezeu, Satana sau vecini. Acesta este cel mai frecvent tip de delir şi implică tema de a fi urmărit, hărţuit, înşelat, otrăvit sau drogat, uneltire, spionat, atacat sau obstrucţionat în urmărirea obiectivelor.
  - Delir de referinţă - pacientul consideră irefutabil că acţiunile altora sunt premeditate şi fac referire specială la el. Frecvent pacienţii se plâng că s-a vorbit despre ei la televiziune sau radio, ei cred că declaraţiile sau cuvintele spuse la televizor au fost special alese pentru a-l identifica sau enerva. Oameni care traversează strada sau tuşesc pot fi interpretaţi ca desfăşurând acţiuni premeditate, efectuate pentru a indica ceva de la sau despre pacient.
  - Delir de influenţă - pacientul crede că el este influenţat de alţii.
  - Delir de auto-acuzare - fals sentiment de remuşcare sau vinovăţie.
  - Delir de sărăciei - pacientul crede că el este lipsit de toate posesiunile materiale.

- Delir de a fi păcătuit (delir de vinovăţie, delir de auto-acuzare) - pacientul crede, la o intensitate delirantă, că a păcătuit (bazat sau nu pe fapte reale), că a comis lucruri oribile sau chiar că este responsabil pentru dezastre şi îşi merită pedeapsa.
- Delir nihilist (delir de negare) - pacientul consideră că o persoană, o parte a corpului sau o parte a lumii nu există (sau lumea se încheie). **Sindromul Cotard** se referă la o formă extremă de nihilism (sau negare), delir în care o persoană crede delirant că el/ea este mort, nu există, că este nevoie de înmormântare, că este în putrefacţie sau că și-a pierdut sângele sau organele interne. Lumea din afară nu există sau nu contează. Uneori, poate include delir de nemurire (pacientul crede că el este nemuritor pentru că este condamnat la chinuri veşnice).
- Delir erotic (erotomania) – este mai frecvent la femei. Pacienta este de părere că o altă persoană, adesea cu statut social superior, este îndrăgostit de ea sau are o poveste de dragoste de lungă durată (uneori secretă) cu ea.
- Delirul religios implică un conţinut religios, mistic sau spiritual, care este nepotrivit raportat la fondul religios sau cultural al individului.
- Delir de grandoare (delir grandios) - pacientul crede că el este exagerat de important, de puternic, are identitate de vază, prestigiu.
- Delir somatic: un delir al cărui conţinut se referă la funcţionarea corpului, senzatii corporale sau aspectul fizic. De obicei, există falsa credinţă este că organismul este bolnav, anormal sau schimbat. Un exemplu de o delir somatic ar fi o persoană care crede că trupul său este infestat cu paraziţi.
- Delir de identificări eronate se referă la un grup de tulburări delirante, care apar în contextul unei boli psihice sau neurologice şi implică credinţa că identitatea unei persoane, obiect sau loc s-a schimbat sau a fost modificată. Aceste tulburări sunt uneori legate de agnozie (percepţia care implică recunoaşterea), aşa cum se descrie în tulburări neurologice şi demenţă sau în alte deficienţe în memorie (ca déjà vu) şi, uneori, legate de procesul psihotic (observate la tulburările psihotice acute fără simptome de schizofrenie).

- **Sindromul Capgras** (iluzia sosiilor) - pacientul consideră că cineva apropiat lui a fost înlocuit de o dublură identică (un impostor identic ca aspect).
- **Fenomen Frégoli** - pacientul identifică străini ca fiind persoane familiare (aceasta este opusul sindromului Capgras)
- **Intermetamorfoză** se referă la convingerea că oamenii schimbă identităţile cu altele, deşi aceştia menţin acelaşi aspect fizic.
- **Delir de *camere duble* (Doppelganger**) - pacientul consideră că o altă persoană a fost transformată fizic în sine sau că o dublură identică este prezentă alături de el de fiecare dată.

Alte credinţe similare delirurilor, mai rar întâlnite, legate de sindromul identificării eronate delirante sunt[46]:

- **semnul oglinzii** (oglinda auto-identificării eronate) - credinţa că reflectarea într-o oglindă reprezintă o altă persoană; acest simptom este, uneori, raportat la autoprosopagnosia care se referă la incapacitatea pacientului de a-şi recunoaşte faţa; un "semn oglindă" a fost, de asemenea, prezentat în descrieri clasice de schizofrenie (ca un semn prodromal în schizofrenie, reflectând prosopagnosia psihotică = incapacitatea de a recunoaşte chipuri familiare)
- **auto pluralizare de sine** - pacientul crede că este însoţit de mai multe copii ale sale (clone atât fizic, cât şi psihic).
- **paramnesia de reduplicare** este credinţa că o persoană familiară, loc, obiect sau parte a corpului a fost multiplicată și se regăsește în două sau mai multe locații simultane, sau că a fost mutat într-un un alt loc; această condiţie se poate produce în leziuni organice ale creierului (deteriorarea simultană a emisferei cerebrale drepte şi ambii lobi frontali) şi diverse afectiuni psihice.
- **Delirul însoţit** este credinţa că obiectele (cum ar fi jucăriile de pluș) sunt fiinţe simţitoare.
- Termenul **sindromul Kandinsky-Clerambault** descrie o entitate clinică confuză, mai puţin cunoscută şi utilizată în principal de către psihiatrii francezi şi ruşi; reprezintă de fapt o tulburare de control în gândire şi de efecte succesive. Acest sindrom

[46] McKenna, P. J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *Br] Psychiatry 145:579-83.*

integrează trei componente ("triplul automatism"): 1. cognitive - pierderea controlului asupra proceselor mintale plus tulburări de gândire formală (ex. asociaţiile de relaxare, deraiere); 2. perceptuale - senzaţii neplăcute în organele interne, considerate a fi cauzate de altcineva; 3. motorii - pacientul este de părere că acest altcineva efectuează mişcările sale (telecomandate). Acest tablou clinic, completat cu halucinaţii experimentate ca fiind impuse din exterior şi cu interpretare delirantă, descrie una dintre cele mai clasice prezentări din schizofrenia floridă.

De notat, în literatura anglo-saxonă, sindromul Clerambault se referă la delirul erotomanic ("erotomania").

Evaluarea conţinuturilor gândurilor implică, de asemenea, evaluarea:
- ideaţie de ucigaş - gânduri de a face rău/uciderea altora.
- ideaţie suicidară - gânduri despre a-şi face rău/uciderea sa.
- gândirea magică - pacientul crede în magie, în genul cauză-efect (ex. gândirea unui lucru îl aduce în realitate).

JUDECATA

Judecata include câteva din funcţiile mintale[47] ca:

1. *Gândirea analitică* – capacitatea de discriminare între fapte şi modalităţi de acţiuni potenţiale.

2. Tendinţe sociale, acţiuni etice şi abilităţi care sunt legate de educaţie, mediul social şi cultural.

Există teste de rutină pentru evaluarea judecăţii, unul dintre ele conţine întrebări din Wechsler Intelligence Test ("Ce faci atunci când detectezi primul un incendiu într-un teatru aglomerat?"), în timp ce altele constau în a întreba pacientul despre planurile referitoare la viitorul său.

3. *Insight* - reflectă inteligenţa, învăţarea, stilul cognitiv şi abilitatea de a integra funcţiile cognitive cu conştientizarea emoţională în scopul de a construi o deplină conştiinţă de sine şi capacitate de decizie. Premisele pentru *insight* includ capacitatea de captare, abilitatea de a comunica (vorbire şi

[47] Mullen, P. E. (2006). A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophr Bull* 33:113-21

limbaj), funcţia cognitivă intactă, lipsa tulburării de gândire, starea de spirit eutimică şi afect stabil.

Din alt punct de vedere (legat de tulburări mintale inclusiv efectele tulburării mintale şi capacitatea de a face faţă situaţiei), înţelegerea (insight) se referă la aspecte sistematizate pe o scară de la 1 la 3 :

1) înţelegere de bază (conştientizarea superficială a situaţiei cuiva)

2) înţelegere intelectuală

3) înţelegere intelectuală şi emoţională (din perspectiva legăturii cu tulburările mintale).

Intervievatorul trebuie să ţină cont de faptul că o componentă a hotărârii poate fi afectată în timp ce alta poate fi cruţată. Un pacient psihotic are *insight* slab, legat de tulburarea psihică (el crede că este posedat), dar poate păstra axa sa etică; pe de altă parte, un pacient cu tulburare de personalitate are abilităţi analitice şi înţelegere bună, dar fără cenzură etică (acesta poate da vina pe alţii pentru eşecul lui, el poate căuta plăceri în ciuda altor nevoi şi poate ignora suferinţa altora). *Insight*-ul global este sărac în tulburări mintale organice şi tulburări psihotice.

Lipsa de înţelegere este de obicei asociată cu slaba complianţă şi rezultate slabe terapeutice.

Uneori, o deficienţă în judecată (în special *insight*) poate reflecta un mecanism de apărare maladaptativ (ca în auto-decepţie - menţinerea unui punct confortabil de vedere despre lume) sau poate exprima un anumit stil cognitiv (ca în judecata impulsivă - tendinţa de a evita să cheltuie prea mult timp pentru a înţelege pe deplin o situaţie înainte de a lua o decizie).

În toate demenţele în care lobul frontal este afectat (şi mai ales în demenţa fronto-temporală) judecata este săracă şi comportamentul este inadecvat. **Moria** este termenul care descrie o stare caracterizată prin comportament euforic (frivolitate, incapacitatea de a acţiona serios), lipsa de înţelegere, indiferenţă pentru mediu. **Witzelsuht** este termenul care se referă la tendinţa de a face glume necorespunzătoare şi inutile pentru a crea o veselie excesivă. "L'homme qui rit" ("omul care râde") descrie o atitudine aparte la pacienţi la care râsul este necorespunzător şi însoţit de fenomene revelatoare ale lobului frontal subdominant.

TULBURĂRI DE CONŞTIINŢĂ

Conștiința[48] poate fi conceptualizată ca funcţia psihică de sinteză, subiectivă, de evaluare a sinelui şi a mediului înconjurător. Atunci când conştiinţa este descrisă în termeni de niveluri, o sumă de stări patologice poate creşte sau micşora nivelul de conştiinţă (cu privire la vigilenţă, sensibilizare şi atenţie). Toate aceste niveluri pot fi crescute în stări patologice ca hipomania şi utilizarea de psihostimulante (ex. amfetamine), care să conducă la vigilenţă intensă, creşterea capacităţii de concentrare şi de **hiperestezie** (intensitate perceptuală accentuată); în cazuri extreme, manie şi intoxicaţia cu psihostimulante, atenţia este fragmentată, apare nelinişte, hipervigilenţă, hiperestezie neplăcute.

Din punct de vedere cantitativ, nivelurile conştiinţei pot scădea gradual:

- **înceţoşarea conştiinţei** - conştientizare diminuată a senzoriumului cu atenţia diminuată pentru mediu şi pentru sine; pacientul este uşor de distras, nu-și poate concentra atenţia pe un singur stimul şi poate să apară dezorientare în timp, loc sau la persoană.
- **letargie, somnolenţă** - pacientul răspunde atunci când se vorbeşte cu el, dar poate să doarmă în lipsa stimulării.
- **obtuzia** - pacientul se poate trezi la sunetul vocii, dar este minim receptiv atunci când face acest lucru.
- **torpoare** - pacientul este somnolent, adoarme, are gândire încetinită şi un nivel redus de percepţie.
- **stupor** - pacientul nu pronunță niciun cuvânt şi răspunde slab la unii stimuli (ochii pot urmări obiectele înconjurătoare). Pacientul stuporos poate geme sau deveni agitat la durere.
- **coma** - pacientul nu prezintă nici o dovadă a activităţii mintale (pacientul nu răspunde la voce sau durere).

Dincolo de aceste definiţii, uneori este preferabil să se descrie gradul de somnolenţă şi capacitatea de reacţie a pacientului. Starea confuzională este un termen general care include toate sensurile de stări caracterizate prin nivel scăzut de conştiinţă.

Deliriumul este definit în ICD-10 ca o stare caracterizată prin tulburări concomitente de conştiinţă şi atenţie, percepţie, gândire, memorie,

[48] Scharfetter, C. (1980). *General Psychopathology. An Introduction.* Translated by H. Marshall. Cambridge: Cambridge University Press

comportament psihomotor, emoţie şi ale ciclului somn-veghe. În termeni generali, delirium este o stare de confuzie acută cu caracteristici specifice: atenția este redusă şi fragmentată, memoria este afectată, somnul este întrerupt, pot apărea iluzii, halucinaţii şi delir; de asemenea, pot apărea identificarea şi interpretările greşite, disfuncţii vegetative (tahicardie, febră, tensiune arterială crescută, diaforeză, dilataţie pupilară) şi anomalii motorii (agitaţie, tremor, mioclonii). Deliriumul poate cauze multiple: organice (disfuncţii metabolice, condiţii medicale sistemice, infecţii, afectări intracraniene - traumatice, structurale, electrice) sau cauzate de consumul de substanţe (abuz sau sevraj).

Atenţia este procesul cognitiv de concentrare selectivă asupra unor aspecte ale mediului, cu ignorarea altora. Dificultăţile atenţiei sunt evaluate folosind observarea şi testarea. Examinatorul observă capacitatea pacientului de a desfăşura un discurs, de a se concentra şi a susţine atenţia, precum şi abilitatea de a folosi selectiv, alternativ sarcini adaptive.

Distractibilitatea este un termen folosit atunci când pacientul este uşor de perturbat în timpul interviului de stimuli externi irelevanţi. Teste utilizate pentru a evalua atenţia sunt:

- pronunțarea pe litere a unui cuvânt, invers, de la coadă la cap (A-V-I-O-N devine N-O-I-V-A), cuvântul este pronunţat cu claritate de intervievator şi repetat de pacient înainte de a-l spune invers.
- testul aranjării cifrelor – i se dau pacientului cinci sau şapte cifre şi este rugat să le aşeze în ordine crescătoare sau descrescătoare.
- proba Kraepelin – pacientul este rugat să scadă cifra 7 din 100 şi să continue să scadă 7 până este oprit de intervievator.

SUGESTIBILITATEA

Sugestibilitatea[49] se referă la acceptarea şi acţionarea conform sugestiilor date de alţii. În condiţii patologice, sugestibilitatea este văzută ca un fenomen de ascultare automată, exprimată în comportament prin ecolalie, ecopraxie, ecomimie.

[49] DeKoning D.J., F. A. Jenner (1982) *Phenomenology and Psychiatry.* London: Academic Press.

Persoanele pasive pot adopta convingerile delirante ale partenerului mai puternic; această tulburare delirantă poate apărea în cupluri (folie à deux), într-o familie (folie à famille) sau chiar într-un grup de străini. Subtipuri particulare de "folie à deux" sunt:

- ***Folie impose*** **-** forma clasică în care persoana dominantă impune un delir unei persoane care nu a fost anterior bolnavă mintal. Separarea celor două persoane îmbunătăţeşte starea persoanei non-dominante.
- ***Folie simultanée*** - sistemul de delir apare simultan şi independent la două persoane strâns legate, dar separarea celor două persoane nu rezolvă psihopatologia.
- ***Folie communiqué*** - aceasta apare atunci când o persoană normală suferă o contagiune a ideilor sale după ce a rezistat pentru o lungă perioadă de timp. Odată ce dobândeşte aceste credinţe, le susţine în ciuda separării.
- ***Folie induite*** - o persoană care este deja psihotică adaugă deliruri de la o persoană strâns asociată cu sine.

Alte cazuri de sugestibilitate sunt dinamica mulţimii, comportamentul mafiot, precum şi fenomenul gândirii de grup (gânduri expuse de către membrii grupului care încearcă să reducă la minimum conflictul şi ajung la un consens fără testare critică, analiza și evaluarea ideiilor).

FENOMENUL DISOCIATIV

În stările disociative[50] se întâlnesc tulburări în funcţionarea identităţii, memoriei şi conştiinţei.

Stările disociative includ:

- **Transa** – descrisă în DSM (parte a tulburării disociative) ca o tulburare a stării de conştiiţă unică sau episodică, identitate sau memorie care sunt caracteristice unor locuri şi culturi particulare, dar nu sunt o parte normală a unei practici colective culturale sau religioase larg acceptate. Transa disociativă implică îngustarea câmpului de conştiinţă, a comportamentelor stereotipe sau mişcări care sunt experimentate ca fiind dincolo de controlul cuiva, în timp ce în transa de posesiune se spune că mintea este invadată de o prezenţă externă, care poate provoca o persoană să-şi asume o identitate alternativă, de multe ori un zeu sau spirit ancestral; asociate cu mişcări stereotipe involuntare sau amnezie.

[50] Kendell R. The distinction between mental and physical illness. British Journal of Psychiatry 20011; 178:490-493.

Exemplele includ Amok (Indonezia), bebainan (Indonezia), latab (Malaezia), pibloktoq (inuţi), atac de nervii (America Latină), şi deţinerea (India), ZAR (Africa, Arabia), vraja (găsită în sudul Statelor Unite ale Americii, atât de origine africană şi europeană).

- Stările modificate ale conştiinţei sunt condiţii legate de transe; aceste stări speciale includ: transa hipnotică, scrisul automat, spiritism, extaz mistic. Stările mistice sunt caracterizate de un sentiment de sine dizolvat sau extins, precum şi un brusc sentiment de înţelegere a sensului universului, inefabil şi afectivitate intensă. Aceste stări sunt experimentate de către persoane fizice normale (spontan sau după anumite activităţi speciale ca meditaţie, dans, ritualuri religioase, practicile ascetice), dar ele pot fi, de asemenea, identificate în abuzul de substanţe (mescalina, LSD). Sările psihedelice induse de utilizarea de halucinogene sunt descrise ca având elemente de similitudine cu stările mistice, astfel încât utilizarea halucinogenicelor în multe culturi a fost realizată în timpul ritualurilor religioase, în scopul de a obţine comunicarea cu divinitatea sau de a manipula chestiune de lume. De exemplu, LSD (dietilamida acidului lisergic) induce stări confuzionale, caracterizate în principal prin schimbări în percepţie: imagini halucinante cu culori foarte vii, care apar în secvenţe caleidoscopice; alte caracteristici care pot să apară, de asemenea, includ: depersonalizare, autoscopie, sinestezie (fuziune de experienţe perceptive), percepţia auditivă (un sunet poate fi însoţit de percepţii vizuale; un zgomot conferă o tonalitate de culoare asupra mediului înconjurător), oscilaţie între euforie şi depresie. Chiar şi mult timp după călătoria halucinogenică, flashback-urile pot reveni ca re-prezentări de halucinaţii.
- **Starea crepusculară** se referă la o condiţie care apare, de asemenea, în stările modificate de conştiinţă, care este experimentată ca o stare de vis. Stările crepusculare apar în convulsii sau intoxicaţia cu droguri (ca abuzul scopolaminei) şi sunt caracterizate prin atenţie redusă, vigilenţă fluctuantă şi oscilaţie între ideaţie lucidă şi procesele de inconştienţă.
- **Fuga (fuga psihogenă)** - perioade prelungite începute printr-o călătorie bruscă, neaşteptată, departe de casă sau locul obişnuit de lucru, în care indivizii desfăşoară activităţi complexe, cu incapacitatea de a-şi aminti din trecut; este asociată cu confuzia cu privire la identitatea personală sau asumarea unei noi identităţi (parţiale sau complete). **Pene de curent** - perioade de
- amnezie în timpul intoxicaţiei alcoolice (sau alte intoxicaţii) sau după un traumatism cranian. O perioadă de black-out alcoolic poate dura de la ore la zile şi individul nu are nici o amintire a activităţilor, de altfel complexe, efec-

tuate în acea perioadă. **Personalităţi multiple** – această condiţie se referă la starea cronică (tulburare de identitate disociativă) în care două (sau mai multe) identităţi separate alternează.

- **Sindromul Ganser** a fost raportat la prizonieri şi este caracterizat prin răspunsuri ridicole sau evazive la întrebările psihiatrului, alternând cu halucinaţii, fenomene conversive, amnezie pentru perioada cu simptome manifeste.
- **Depersonalizarea** este o stare trăită ca o alterare a conştiinţei de sine; pacientul poate descrie o stare ce nu este reală sau detaşată de propriul corp. Poate fi acompaniată de creșterea percepțiilor, distorsiuni senzoriale uşoare, frica de a nu înnebuni sau un dialog intern între participarea de sine şi observarea sinelui. Poate fi întâlnită în tulburări neurologice şi psihiatrice (depresie, tulburări anxioase, tulburări de personalitate).
- **Derealizarea** este o stare în care lumea devine brusc nereală. Se poate întâlni în tulburările psihiatrice şi neurologice dar şi la persoanle normale (în stare de oboseală, deprivare de somn, stres acut).

TULBURĂRILE SINELUI

Conştiinţa de sine[51] are mai multe componente:

1. Realitatea şi integritatea sinelui (Eu sunt o persoană); aceste componenete sunt alterate în tulburările de identitate şi în tulburarea de personalitate borderline, forma severă.
2. Continuitatea sinelui (Eu sunt aceeaşi persoană acum ca şi în trecut şi voi fi şi în viitor) este alterată în stările disociative.
3. Limita sinelui (abilitatea de a distinge între mine şi restul lumii); este afectată în psihoze.
4. Activitatea sinelui (aşa este cum eu gândesc, fac, simt); sunt întâlnite în tulburări de depersonalizare uşoare sau în psihoze severe (când activităţile sinelui sunt conduse de forţe externe).

Componenetele secundare ale sinelui sunt:

1. Imaginea corpului - reprezentarea propriului său corp. **HIposchemazia** se referă la reducerea gradului de conştientizare a imaginii corpului pacientului; **aschemazia** se referă la absenţa ei. Aceste condiţii pot fi întâlnite în secţionarea măduvei spinării, leziuni de lob parietal, stări de

[51] Lezak M. Neuropsychological Assessment. New York. Oxford University Press. 1976, page 476.

anxietate, depersonalizare, aura din epilepsie, migrene, deprivarea senzorială. **Paraschemazia** reprezintă distorsiunea imaginii corpului pacientului şi poate fi văzută în migrene, aura din epilepsie, intoxicaţii cu halucinogene (LSD, mescalina).

2. stima de sine - reflectă proporţia între real şi imaginea de sine dorită. Autostima scăzută este o caracteristică în tulburarea depresivă majoră sau în anumite tulburări de personalitate (tipul dependent); stima de sine crescută este caracteristică maniei/hipomaniei sau altor tulburări de personalitate (paranoic, narcisist).

3. Ideal-ego - fantezii ale unei persoane cum și-ar dori să fie.

Lipsa de consistenţă privind sinele este caracteristică pentru:

- **Transsexualism** – caracterizat prin sentimentul că s-a născut în alt corp din greşeală şi are dorinţa de a aparţine sexului opus.
- **Eul fals** – construirea unui sine personal utilizând mecanisme de adaptare la o lume ostilă, dar care nu are integrate relaţiile dintre nevoi, valori, convingeri, dorinţe. Rezultatul este o construcţie fragilă, cu un nivel scăzut de autonomie, integritate şi creativitate, astfel încât sinele fragil se poate prăbuşi în faţa unei crize.
- **Pseudologia fantastica** – un sine fals extrem (de obicei pozitiv), susţinut de o reţea de minciuni; unii autori văd acest lucru ca o minciună compulsivă. Poveştile care sunt ţesute în acest mod au adesea elemente de adevăr şi sunt de lungă durată; poveştile nu sunt de natură delirantă, dar sunt construite mai mult pentru motive interne psihologice, decât pentru câştig extern. Pseudologia fantastica este parte a unui spectru de tulburări factice.
- **Sindromul impostorului** – pacientul adoptă identitatea altora (de obicei, persoane importante) şi acţionează la fel ca ei cu ocazia unor evenimente sociale.
- **Peregrinarea** – pacientul se deplasează frecvent în oraşe sau chiar ţări străine, probabil pentru a evita detectarea minciunilor sau pentru a îşi asigura o scenă nouă pentru aceasta performanţă.
- **Sindromul Münchausen**[52] – pacienţii exagerează sau chiar crează simptome de boală, în scopul de a câştiga atenţie, simpatie, confort şi tratament din partea personalului medical. De obicei, aceşti pacienţi ştiu cum

[52] Turner M. Malingering, hysteria, and the factitious disorders. Cognitive Neuropsychiatry 1999, 4:193-201.

să mimeze diferite "boli", care sunt greu diagnosticabile şi rătăcesc dintr-un spital în altul, în căutarea confortului oferit de rolul de "pacient", care umple o nevoie psihologică. Sindromul Munchausen este diferit de ipohondrie: pacienţii cu sindrom Munchausen sunt conştienţi de faptul că acestea sunt exagerări; este, de asemenea, distinct de prefăcătorie (simulare), în care "pacientul" este în căutare de recompense materiale.

TULBURĂRI DE VOINŢĂ

Voinţa este legătura dintre dorinţă şi acţiune; alte concepte legate de voinţă sunt motivaţia şi capacitatea decizională.

Voinţa poate fi crescută în situaţii normale sau, ca o condiţie patologică, în manie; în acest caz, dorinţa este excesiv de intensă, dar este superficială.

Abulia se referă la pierderea, lipsa sau afectarea voinţei; poate fi reflectată în dorinţa scăzută, motivaţia diminuată, transformarea în acţiune afectată de dorinţă. Abulia este descrisă în:

- schizofrenie - în fenomenele de pasivitate sau ca o expresie a simptomelor negative, care includ lipsa de unitate, lipsa perseverării în efectuarea unor sarcini, tocirea generală a interiorului.
- depresie - voinţa diminuată este asociată cu apatia generală (lipsa de interes) şi anhedonia (lipsa de plăcere).

Sindromul amotivaţional se referă la lipsa de motivaţie constatată în abuzul cronic de substanţe, cum ar fi marijuana, halucinogene, solvenţi.

Alte tulburări ale voinţei sunt prezente în tulburările obsesiv-compulsive sau anorexia nervoasă severă, în care gândurile şi ritualurile obsesionale compulsive sunt opuse dorinţelor conştiente şi voinţei (astfel încât să fie experimentate ca egouri-distonice = străine de sine).

Tulburările de voinţă pot fi parte a tulburărilor de personalitate:

-personalităţile dependente se plâng de dificultăţi în luarea deciziilor de către ei înşişi şi de acceptarea deciziilor luate de alţii, contrar propriilor dorinţe;

- personalităţile pasiv-agresive sunt implicate în acţiune de către alţii, de obicei în acţiuni opuse propriilor dorinţe;

- personalităţile obsesiv-compulsive utilizează norme inflexibile atunci când se angajează în acţiune (ignorând propriile lor idei interne şi dorinţe) sau persoana poate fi indecisă pentru o lungă perioadă de timp, cu

dezbateri excesive între variantele de ales pentru ca apoi să adopte impulsiv o anumită decizie;

- personalităţile anxioase iau decizii în conformitate cu o teamă permanentă de a fi criticat de alţii.

TULBURĂRI DE ORIENTARE

Orientarea se referă la conştientizarea timpului, locului sau persoanei și necesită integritatea atenţiei, percepţiei, memoriei şi ideaţiei. Dezorientarea în timp de tip patologic include incapacitatea de a estima ziua, luna, anotimpul sau anul. Uneori se poate constata un grad redus de dezorientare referitoare la timp, fără a avea semnificație patologică.

Orientarea este testată la pacient solicitându-i-se să-și spună numele, data, locaţia prezentă. Dezorientarea spaţială semnifică adesea un grad mai mare de afectare cognitivă decât dezorientarea în timp. Dezorientare la propria persoană reprezintă lipsa de conştientizare a identităţii pacientului. Tulburarea de orientare are loc, în principal, în tulburări mintale organice (ca în demenţă) sau în stările disociative.

TULBURĂRI DE MEMORIE

Funcţiile memoriei[53] cuprind:

- trei componente: de înregistrare, stocare (depozitare) şi de evocare;

- trei etape: memorie imediată (durează 15-20 secunde), memoria pe termen scurt (memoria recentă sau de lucru; durează timp de câteva minute până la 2 zile) şi memoria pe termen lung (memorie la distanţă).

Tulburările în înregistrarea amintirilor sunt de obicei observate în tulburări care afectează vigilenţa şi atenţia, cum ar fi boli mintale organice (traumatisme craniene, delir, intoxicaţii), psihoze, convulsii, anxietate, depresie, oboseală, abuz de benzodiazepine (în special la vârstnici).

[53] Baddeley A., 2002: *The Handbook of Memory Disorders*, Ed.: John Wiley & Sons., Chichester, England

Tulburările în păstrarea amintirilor apar în amnezia posttraumatică, sindroame demenţiale cum ar fi boala Alzheimer sau sindromul Korsakoff.

Tulburările de evocare sunt de obicei întâlnite în demenţă; pacientul dement poate pierde amintirile pentru toate evenimentele care au loc după o anumită dată sau un eveniment; amintirile se pot şterge progresiv, astfel încât pacientul își amintește doar evenimentele mai îndepărtate, tot mai îndepărtate, cu impact emoţional puternic.

Amneziile sunt sindroame în care memoria este afectată, fără afectarea stării de conştienţă. Amnezia anterogradă se referă la afectarea evocării amintirilor de după un anumit eveniment; ele sunt întâlnite în traumatisme craniene, boli organice cerebrale, consum de droguri. Amnezia retrogradă este incapacitatea de evoca amintiri care au fost stabilite înainte de un anumit eveniment şi se extind înapoi în timp. Amnezia retrogradă apare în boli posttraumatice de etiologie organică sau psihogene (isterie). În amnezia organică, amintirile de la distanţă sunt de obicei intacte sau, în cazul în care memoria este recâştigată, amintirile mai îndepărtate revin primele. În amnezia psihogenă (stare disociativă) afectarea este selectivă.

Memoria recentă poate fi testată prin: 1) întrebări directe despre memorie ("Cum este memoria în aceste zile?") care să facă trecerea de la restul interviului întrucât testarea memoriei poate fi neplăcută pentru pacient; 2) testul reamintirii celor trei obiecte: examinatorul roagă pacientul să repete trei cuvinte (ex. un fruct, o piesă de mobilier, o culoare), şi informează pacientul că va fi rugat să le repete în câteva minute (interviul este continuat în timpul acestei perioade de timp). Pacienţii cu tulburări de memorie nu-şi vor aminti aceste cuvinte după câteva minute, în ciuda indiciilor psihiatrului.

Memoria pe termen lung[54] este evaluată la pacient cerându-i să-şi reamintească anumite elemente de date culturale şi istorice, în funcţie de starea pacientului din punct de vedere socio-cultural; un test comun este de a cere numele preşedinţilor, actual şi precedent.

Hipermnezia se referă la capacitatea de a reevoca amintiri detaliate şi vii și poate fi întâlnită la persoane normale, personalităţi obsesiv-compulsive, paranoice, transele hipnotice.

Amintirile intruzive sunt elementul cheie al tulburării de stres post-traumatic, împreună cu excitaţie fiziologică, comportamente de evitare şi emoţii amorţite. Amintirile intruzive, repetitive, pot fi copleşitoare pentru că

[54] Baddeley A, Della SS. Working memory and executive control. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1996; 351: 1397 –403.

ele se mixează cu sentimentele negative experimentate in timpul traumei. Acestea pot fi manifestate prin: coşmaruri, flashback-uri, amintiri frecvente ale traumei, stres extrem (atât psihologic cât şi fizic).

Paramnezia (=***fausse reconnaissance***= false recunoaşteri) se referă la falsificările de memorie retrospectivă care stabileşte amintiri false. O amintire falsă este o amintire a unui eveniment care nu s-a întâmplat sau este o distorsiune a unui eveniment care a avut loc, determinat de fapte externe coroborate. Sindromul memoriei false descrie o condiţie în care pacienţii au un număr mare de amintiri extrem de vii, dar false, de multe ori despre evenimente abuzive din timpul copilăriei lor.

Paramnezia de reduplicare aparţine unui sindroam delirant al identificării eronate.

Confabulaţia[55] este o formă de paramnezie în care lacunele din memorie sunt completate cu informaţii inexacte. Confabulaţia este descrisă în sindroame amnezice induse de alcool (cum ar fi sindromul Korsakoff) şi în leziuni ale anumitor părţi ale creierului: lobul frontal, corpii mamilari, talamusul. Confabulaţiile pot apărea, de asemenea, ca rezultat al unei leziuni la nivelul arterei comunicante anterioare sau în intoxicaţia cu atropină sau scopolamină. Cea mai comună formă de confabulaţie este provocată (confabulaţia momentană sau confabulaţia de jenă), care apare ca răspuns la întrebări despre informaţiile uitate şi, uneori, este formată din amintiri reale strămutate în contextul lor temporal; este, de asemenea, menţionată ca "distorsiune", deoarece reprezintă o schimbare majoră în detaliile unei idei existente. Confabulaţia provocată apare frecvent în leziuni ale zonelor temporale şi limbice. Altă formă de confabulaţie este cea spontană (confabulaţia fantastică sau de producţie; numită confabulaţia "confecţionată"), care este largă şi grandioasă şi seamănă cu iluziile prin manifestarea spontană a asociaţiilor irelevante (uneori idei bizare), care pot fi deţinute cu convingere fermă. Această formă de confabulaţie apare în leziuni severe ale lobilor frontali.

Déjà vu – un sentiment fals că a văzut acelaşi lucru anterior, deşi este de fapt experimentat pentru prima dată.

Déjà entendu – un sentiment fals că a auzit anterior ceea ce aude pentru prima dată.

Déjà pensé – un sentiment fals că știa anterior ceea ce este gândit pentru prima dată.

[55] Kopelman MD (2002). Disorders of memory. *Brain*; 125: 2152 –90

Déjà vécu – un sentiment fals că a trăit anterior ceea ce trăieşte pentru prima dată.

Déjà senti – un sentiment fals că a simţit anterior ceea ce se simte pentru prima dată.

Fenomenele antitetice sunt jamais vu, jamais entendu, jamais pensé, jamais vécu, jamais senti, care se referă fenomene pe care niciodată nu le-a văzut, auzit, gândit, trăit sau simţit.

Toate aceste fenomene, ambele tipuri "déjà" (cunoaşterea) şi "jamais" (înstrăinare), pot fi relatate de subiecți sănătoși (ca stare tranzitorie) şi pot fi crescute ca importanţă şi intensitate în oboseală, intoxicaţii, convulsii parţiale complexe, boli organice ale creierului.

TULBURĂRI DE PERCEPŢIE

Percepţia este procesul prin care informaţiile primite senzorial sunt captate, interpretate şi integrate. Percepţia este conceptul mental organizat de senzaţii (informaţii despre lume primite prin analizatori). Atât senzaţia cât şi percepţia depind de vigilenţă, atenţie, calitatea noilor stimuli, experienţele interioare, sensibilităţile individuale, starea de spirit, anxietate, utilizarea de substanţe.

Percepţia crescută (= hiperestezie) poate să apară la subiecți sănătoși (atenţia extrem de concentrată), dar poate fi, de asemenea, observată în timpul sevrajului la benzodiazepine, utilizare de halucinogene, aura epileptică, manie. Scăderea pragului senzorial pentru stimuli acustici apare în depresie (şi creşte în iritabilitate); pacienţii cu depresie descriu, de asemenea, estomparea culorilor din jur.

Cenestopatiile (cum ar fi durerea sau paresteziile) sunt mai intens experimentate de către unii pacienţi, care au hipervigilenţă selectivă la senzaţii corporale (neurastenie, sindroame hipocondriace, dureri cronice, tulburări somatoforme)

Synaesthesia descrie o experienţă în care modalităţile senzoriale par condensate (ex. aude culorile); acest lucru se întâmplă în intoxicaţia cu marijuana şi mescalina.

Iluziile sunt distorsiuni perceptuale în estimarea stimulilor senzoriali reali, cum ar fi dimensiunea, forma, relaţiile spaţiale. Exemple de astfel de iluzii sunt micropsia şi macropsia. Micropsia se referă la percepţia de obiecte

mai mici decât sunt în realitate; macropsia este percepţia de obiecte mai mari decât sunt în realitate.

Pareidolia (iluzia pareidolică) se referă la iluzii ludice, unori voluntare, care pot apărea atunci când persoana se uită la obiecte definite ambiguu, cum ar fi nori sau umbre pe pereţi.

Trailing este o iluzie în care un obiect care se mişcâ în spaţiu în mod constant este urmat de imagini repetitive ale obiectului; apare în stările de oboseală, intoxicaţii (marijuana, mescalina), sevraj la inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI).

Sindromul **Alice în Ţara Minunilor** conţine depersonalizare, alterarea percepţiilor imaginii corporale, iluzii vizuale, senzaţie de levitaţie, metamorfoză (denaturarea bruscă a unui obiect comun sau persoană). Sindromul poate să apară ca aură a unei migrene, epilepsie (simple sau complexe, crize epileptice parţiale), în stări hipnagogice, delir, encefalită, leziuni cerebrale, intoxicaţii medicamentoase, schizofrenie.

Halucinaţiile[56] sunt percepţii care apar în absenţa unor stimuli senzoriali; percepţii fără obiect de perceput.

Atunci când explorează tema halucinaţiilor, examinatorul ar trebui să urmeze itemii:

¬ canale senzoriale implicate
¬ nivelul de convingere cu privire la realitatea lor
¬ nivelul de controlul voluntar asupra lor
¬ claritatea conţinutului lor
¬ complexitatea conţinutului
¬ influenţa asupra comportamentului

Halucinaţiile auditive[57] pot fi simple (ca în bolile organice cerebrale, inclusiv delir şi convulsii parţiale) sau complexe, cu sensul neutru sau speciale, cu sau fără schimbarea comportamentului. Halucinaţiile auditive sunt clasic asociate cu schizofrenia (observate la 6-90% dintre pacienţi), dar poate apărea, de asemenea, în depresie (mai puţin de 10%) sau manie (20%). În tulburările de dispoziţie, halucinaţiile sunt de obicei în concordanţă cu starea afectivă, astfel că pacienţii cu depresie vor auzi comentarii critice sau sadice, în timp ce "vocile" auzite de către un pacient maniacal vor vorbi despre abilităţile sale extraordinare sau destinul fericit.

[56] Van den Berg, J. H. (1982). On hallucinations: Criticalhistorical overview. In A. J. DeKoning & F. A. Jenner, eds. *Phenomenology and Psychiatry.* London: Academic Press

[57] Barta, P. E., Pearlson, G. D., Powers, R. E., *et al. (1990).* Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyral volume in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 147: 1457- 62

În schizofrenie, există trei forme de halucinaţii auditive, care sunt clasic asociate cu această tulburare:

1. Sonorizarea gândirii - halucinaţii care vorbesc cu voce tare ceea ce pacientul gândeşte.
2. Comentarii (halucinaţii comentative) - halucinaţii care oferă un comentariu ce se derulează în timpul acţiunilor pacientului.
3. Ascultarea a două sau mai multe voci discutând despre pacient la persoana a treia.

Halucinaţiile care comandă pacientului să excute comenzi, de multe ori lucruri banale, dar, uneori, pot fi acte de (auto) violenţă, astfel încât această formă de halucinaţii trebuie să fie atent evaluată de către psihiatru (urgenţă).

Halucinaţiile vizuale pot fi întâlnite în schizofrenie (25-50%) şi în boli mintale organice, cum ar fi leziuni cerebrale structurale, tulburări legate de substanţe (intoxicaţii sau sevraj), migrene. Halucinaţiile vizuale pot fi simple (elementare), ca flash-uri de lumină, figuri geometrice (observate la migrene) sau pot fi viziuni elaborate (îngeri, animale, peisaje).

Halucinaţii extracampine sunt dincolo de câmpul senzorial posibil (ex. "a vedea" o altă persoană în spatele pacientului).

Halucinaţii hipnogogice şi hipnapompice sunt fenomene vizuale care apar în momentele imediat înainte de a adormi şi respectiv în timpul tranziţiei de la somn la starea de veghe. Aceste fenomene pot apărea la oameni normali, narcopelsie sau alte sindroame care afectează somnul.

Halucinaţiile autoscopice[58] sunt percepţii false în care pacientul îşi vede propriul corp. Trebuie diferenţiate patru tipuri: (1) sentimentul unei prezenţe, (2) halucinaţii autoscopice, (3) heautoscopia şi (4) experienţa corpului în afară. **Anwesenheit** (numit, de asemenea, sentimentul de prezenţă, conştientizare falsă proximă) este sentimentul de prezenţă a ceva sau a unor persoane. Acesta poate fi văzut în durere ca reacţie normală sau emoţională, dar şi în schizofrenie, migrene, epilepsie, atrofie corticală bilaterală la vârstnici. Halucinaţiile autoscopice implică fizic pacientul, și conduc la iluzii cu identificări eronate (iluzia camerei duble, pluralizare de sine), cu scopuri explicative. Heautoscopia presupune existenţa a două euri, unul care observă, şi unul care se observă. Spre deosebire de halucinaţii autoscopice, aspecte vizuale de dublare corporale nu predomină. Dimpotrivă, dublul este de obicei descris ca palid, figură în ceaţă, fantomă, transparent. Mai importante

[58] Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A Scientific Delusion?* Hove: Routledge

sunt sentimente de afinitate psihologică faţă de un al doilea eu. Heautoscopia clasică se referă la dedublarea de sine, fenomenul de heautoscopie actual descrie o multiplicare a corpului şi a eului. Heautoscopia poate apărea în schizofrenie sau epilepsie, leziuni cerebrale focale (cuprinde de multe ori unul sau ambii lobi parietali), sau în cazuri cu leziuni extinse (această condiţie este asociată cu o mai mare autonomie de dublare, cu interacţiuni complexe psihologice între pacient şi dubluri). Caracteristica definitorie a unei experienţe a corpului în afară este percepţia falsă a propriul corp din exterior. Cercetările contemporane sugerează că fenomenele autoscopice sunt cauzate de dezintegrarea funcţională, de prelucrare multisenzorială de la un nivel inferior şi anormal, la un nivel superior de auto-prelucrare la intersecţia temporo-parietală.

Halucinaţiile haptice se referă la atingere; **furnicătura** este o halucinaţie haptică în care gândaci merg pe sub pielea pacientului şi este frecvent întâlnită în sindromul de sevraj la alcool sau în intoxicaţia cu cocaină. Halucinaţiile complexe care implică haptic zona genitală sunt asociate cu schizofrenia, sifilisul terţiar (ex. cu caracteristici erotice).

Halucinatiile olfactive şi gustative sunt asociate cu boli cerebrale organice, cum ar fi convulsii uncinate sau convulsii parţiale complexe; de asemenea, în tulburări delirante (furnizarea unui material perceptual pentru delirul de a fi otrăvit), mai ales cele legate de vârstă. Aceste halucinaţii confirmă explicaţiile delirante ale pacientului, care afirmă că cineva a încercat să-l otrăvească, alimentele au un miros ciudat sau cineva din familie îi dă hrană stricată.

Termenul **pseudohalucinaţie** are două sensuri:

1. halucinaţie psihică - halucinaţie experimentată ca provenind din interiorul minţii (ex. "am auzit o voce în capul meu"); sinonim - endofazie

2. halucinaţie despre îndoielile pacientului; un alt termen este folosit pentru această afecţiune: halucinaţie parţială. Halucinoza este de asemenea folosită pentru a descrie halucinaţii care apar la cineva alert şi bine orientat, în sevraje alcoolice sau alte tulburări legate de substanţă.

Halucinaţiile funcţionale sunt tulburări perceptuale care sunt declanşate doar într-un context specific, cum ar fi perceperea unui sunet ameninţător atunci când se aude un tren.

Flashback, termen provenit din literatura anglo-saxonă, reprezintă retrăirea unor experienţe vizuale vii, cu debut brusc, ale unor evenimente extrem de încărcate afectiv din trecut. Deşi această manifestare poate fi indusă și la subiecți normali (experienţa ca o senzaţie placută), flashback-

urile patologice sunt caracteristici cheie ale tulburării de stres posttraumatic sau tulburarea persistentă a halucinaţiilor de percepţie. În tulburarea de stres posttraumatic, imagini intruzive despre evenimentele traumatice apar repetat în fluxul conştiinţei, cu sau fără intensitatea halucinaţiei. După utilizarea de LSD sau mescalina, pacienţii pot "vedea" halucinaţii simple ca figuri geometrice sau pot reexperimenta ceea ce au experimentat anterior.

Distorsiunile de percepţie şi ideative sunt de obicei asociate, astfel încât halucinaţiile "explică delirul şi iluziile"; explicaţia este legată de gândurile declanşate cu încărcătură emoţională.

Dismorfobia este o altă condiţie care cuprinde atât tulburări de percepţie şi cât şi de gândire: pacienţii percep distorsiuni ale formei unei părţi a corpului (observate în tulburări alimentare, tulburări de personalitate).

PATOLOGIE PSIHIATRICĂ

NEVROZELE

NEURASTENIA[1]

Definire

Este tulburarea nevrotică manifestată printr-un complex de simptome şi semne de origine psihică şi somatică – triada formată din astenie, cefalee şi insomnia.

Epidemiologie

Mai frecventă în societăţile dezvoltate economic

Prevalenţă 6,4% în populaţie

B/F = 1,2:1

Diagnostic

- Astenie
  - epuizare rapidă la efort intelectual
  - nu cedează la odihnă
  - scăderea iniţiativei
  - simptome depressive
  - anxietate
  - iritabilitate (nu suportă zgomote, lumina)
- Cefaleea
  - intensitate, localizare şi caracter diferite
  - cerc de fier, cască, frontal, occipital
- Insomnia
  - persisentă
  - de adormire
  - somn neodihnitor, coşmaruri
- Forme clinice
  - simplă
  - depresivă
  - anxioasă
  - somatoformă (cenestopată)

Diagnostic diferenţial

- boli somatice – toxice, traumatice (cerebrastenia), HTA, spondiloză cervicală
- boli endocrine

- boli cerebrale
- schizofrenia la debut
- depresia

Tratament

- înlăturarea factorilor de stress (loc de muncă, familie), psihoterapie
- anxiolitice, antidepresive, antipsihotice în doze mici, inductori de somn

TULBURĂRILE ANXIOASE[59]

Definirea anxietăţii

- anxietatea este o caracteristică umană universală
- serveşte ca mecanism adaptativ pentru a avertiza asupra unei ameninţări externe prin activarea sistemului nervos simpatic (luptă sau fugă)
- anxietatea devine patologică atunci când răspunsul la frică reacţionează exagerat şi nepotrivit la un stimul
- manifestările anxietăţii pot fi descrise de-a lungul unui model de fiziologie, psihologie şi comportament:
  - fiziologie - este implicată în principal amigdala; neurotransmiţătorii implicaţi includ serotonina, adrenalina
  - psihologie – propria percepţie faţă de o anumită situaţie este denaturată şi crede că este în pericol
  - comportamentul - o dată ce se simte ameninţat răspunde prin refugierea/evitarea situaţiei care a provocat o întrerupere în funcţionarea de zi cu zi.

TULBURAREA DE PANICĂ FĂRĂ AGORAFOBIE

Epidemiologie

- debut: în medie la sfârşitul vârstei 20 de ani, model familial
- bărbaţi/femei = 1:2-3
- unul din primele cinci motive pentru consultarea unui medic de familie

[59] Marks J.M. (1987): *Fears, phobias and rituals*, Oxford Univ. Press, New York

Diagnostic

- atacuri recurente, neaşteptate de panică; cel puţin un atac/lună sau mai mult, preocupare permanentă pentru a nu avea un alt atac de panica, griji despre consecinţele atacului sau schimbări semnificative de comportament legate de atac
- atacul de panică - o perioadă scurtă de teamă intensă, în care cel puţin 4 din următoarele simptome se dezvoltă brusc pe o durată de 10 minute
    - palpitaţii, ritm cardiac accelerat
    - transpiraţie, tremurături sau agitaţie
    - dificultăţi de respiraţie sau senzaţie de sufocare
    - durere în piept sau apăsare
    - greaţă sau suferinţă abdominală
    - senzaţie de ameţeală, instabilitate sau leşin
    - pierderea contactului cu realitatea sau depersonalizare
    - frica de nebunie
    - frica de moarte
    - parestezii, frisoane sau bufeuri
    - lipsa agorafobiei
- atacurile nu sunt induse de substanţe (ex. amfetamine, cofeina, alcool) sau din cauza unei afecțiuni somatice (hipertiroidie, prolapsul de valvă mitrală, hipoglicemie, feocromocitom)

Tratament

- psihoterapie de susţinere, tehnici de relaxare (vizualizare, respiraţie în pungă), terapia cognitiv-comportamentală (corectarea gândirii distorsionate, desensibilizarea prin terapie de expunere)
- farmacoterapie: benzodiazepine (clonazepam, alprazolam), SSRI (paroxetina, sertralina); utilizarea de benzodiazepine ar trebui să fie pe termen scurt, cu o doză mică, pentru a se evita sevrajul sau toleranţa - benzodiazepinele sunt utilizate în principal ca terapie imediată cu caracter temporar pentru controlarea efectelor produse de SSRI
- prognosticul la 6-10 ani post tratament: 30% bine, 40-50% îmbunătăţit, 20-30% nici o schimbare sau mai rău
- evoluţia clinică: cronică, dar episodică

TULBURAREA DE PANICĂ CU AGORAFOBIE

- **Diagnostic**: tulburare de panică + agorafobia
- **Agorafobia**
  - anxietate[60] în locuri sau situaţii din care evadarea ar putea fi dificilă (sau jenantă) sau în cazul în care ajutorul nu poate fi disponibil în cazul în care ar avea un atac de panică neaşteptat
  - temerile implică de obicei grupuri de situaţii ca: singur afară, fiind într-o mulţime, stă la o coadă sau călătoreşte cu un autobuz, magazin aglomerat
  - situaţiile sunt evitate, pentru că a avut anterior anxietate sau atac de panică, fie solicită un însoţitor
- **Tratament**: similar celui din atacul de panică

TULBURAREA DE ANXIETATE GENERALIZATĂ

(include tulburarea anxioasă dezvoltată din copilărie)

Epidemiologie

- cel mai frecvent prezentă la adultul tânăt
- bărbaţi:femei = 1:2; în cazul în care iau în considerare numai cazurile care primesc tratament de menţinere, raportul este de 1:1

Diagnostic

- Anxietate excesivă şi îngrijorare timp de cel puţin 6 luni (cronică), pentru o serie de evenimente şi activităţi (ex. bani, siguranţa locului de muncă, căsătorie, sănătate)
- Dificultăţi în controlul îngrijorărilor
- Trei sau mai multe din următoarele 6 simptome (doar una pentru copii)
  - senzaţie de nelinişte sau agitaţie
  - uşoară oboseală
  - dificultăţi de concentrare sau senzaţia că *mintea merge în gol*
  - iritabilitate
  - tensiunii musculare
  - tulburări de somn
- Insuficienţă semnificativă de funcţionare în domeniile social, la locul de muncă sau altele

[60] Klein, G. R., & Pine, D. (2003). Anxiety disorders. In M. Rutter & E. Taylor, eds. *Child and Adolescent Psychiatry.* Oxford, Blackwell, pp. 486-509.

- Nu este din cauza unei boli medicale generale sau cauzată de utilizarea drogurilor

Tratament

- Psihoterapie, relaxare şi terapie cognitiv comportamentală
- Evitarea cafeinei şi alcoolului, igiena somnului
- Farmacoterapie
    - benzodiazepine (alprazolam)
    - buspironă
    - altele: SSRI, beta-blocante
    - combinaţii între medicamentele de mai sus

Prognostic

- Adulţii anxioşi cronici devin mai puţin anxioşi cu vârsta
- Depinde de funcţionarea pre-morbidă a personalităţii, stabilitatea relaţiilor de muncă şi severitatea stresului de mediu

TULBURĂRI FOBICE

o Fobia specifică

- frică marcată şi persistentă determinată de prezenţa sau anticiparea unui lucru, fenomen sau situaţie specifică (stimul fobogen)
- tipuri: animale, mediu natural (înălţimi, furtuni), sânge/injecţie, prejudiciu, situaţională (avion, spaţii închise), altele (zgomot puternic, clovni)

o Fobia socială

- frică marcată şi persistentă de situaţii sociale sau de performanţă când persoana este expusă unor necunoscuţi, unui auditoriu larg sau la posibila examinare de către alţii; temerile personale îl vor determina să acţioneze într-un fel (sau prezintă simptome anxietate), care poate fi umilitor/jenant (ex. vorbitul in public, servirea mesei într-un restaurant)
- expunerea la stimuli provoacă aproape invariabil ca răspuns o anxietate imediată
- poate lua forma unui atac de panică
- persoana recunoaşte teama ca fiind excesivă sau nepotrivită
- situaţii sunt evitate sau îndurate cu anxietate/suferinţă
- interferenţa semnificativă cu rutina de zi cu zi, funcţionarea la locul de muncă/socială sau există o marcată suferinţă
- în cazul în care pacientul are vârsta sub 18 ani, durata este de cel puţin 6 luni

Complicaţii: abuzul de substanţe (consumă alcool în scop anxiolitic), depresie

Tratament

- fobia specifică
  - terapia de expunere/desensibilizare
  - beta-blocante
- fobia socială
  - psihoterapie comportamentală şi cognitivă
  - farmacoterapie - beta-blocante (propanolol), IMAO (phenelzine), alprazolam, clonazepam, SSRI (sertralina, paroxetina)
  - formarea de abilităţi sociale
- altele - psihoterapia orientată pe *insight*, hipnoza, terapia suportivă, terapie familială

Prognostic: cronică

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- **Epidemiologie**
  - prevalenţă pe parcursul vieţii 2-3%
  - gemenii MZ = 75%, DZ = 32%
- **Diagnostic:** sunt prezente fie obsesiile, fie compulsiile
- **Obsesii**
  - gânduri recurente şi persistente, impulsuri sau imagini care sunt intruzive, inadecvate, care pot provoca anxietate marcată şi suferinţă
  - nu este pur şi simplu o grijă excesivă pentru problemele din viaţa reală
  - face încercări pentru a ignora/neutraliza/suprima obsesiile cu alte gânduri sau acţiuni
  - pacientul este conştient că obsesiile provin din propria minte (autocritică păstrată)
- **Compulsii**
  - constau în efectuarea unor comportamente repetitive (ex. spălarea mâinilor, ritual încuie-descuie ușa apoi control) sau acte mentale (ex. rugăciune, numără dale, parchet, lambriuri, repetă cuvinte) ca răspuns la obsesie sau în conformitate cu normele aplicate rigid

  - sunt efectuate cu scopul de a reduce suferinţa sau de a preveni evenimentul de temut, deşi nu există nicio legătură între constrângerea realistă şi rezultatul anticipat
- pacientul recunoaşte faptul că obsesiile sau compulsiile sunt excesive sau neadecvate
- obsesiile/compulsiile, sunt consumatoare de timp sau pot interfera cu funcţionarea normală
- nu se datorează unei boli medicale generale/consumului de substanţe
- **Tratament**
  - Terapie cognitiv-comportamentală[61] - desensibilizare, oprirea gândurilor prin terapie de implozie, condiţionare repulsivă
  - medicamente - clomipramină, SSRI (doze mai mari decât în tulburările anxioase, iar tratamentul este necesar până la şase săptămâni)
- **Prognostic**: tinde să fie refractară şi cronică

TULBURĂRILE INDUSE DE STRES

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC (PTSD)

- **Diagnostic -**

Identificarea unei expuneri la un eveniment psihotraumatizant în care, de obicei, persoana nu a fost implicată direct (a fost martor) sau a fost confruntată cu o situaţie care implică moartea sau vătămarea corporală gravă a sa sau a altor persoane (cutremur, război, acte de terorism)

- răspunsul implică frica intensă, neajutorare sau oroare
- evenimentul traumatic este persistent, re-experimentat prin una sau mai multe dintre următoarele:
  - amintiri recurente, dureroase (imagini, gânduri)
  - vise recurente, coşmaruri
  - acţiuni sau sentimente ca şi cum evenimentul ar fi recurent (flashback-uri, iluzii, halucinaţii)
  - suferinţă în cazul expunerii la situaţii care se aseamănă cu evenimentul inițial
  - reactivitate vegetativă ca răspuns la situaţii similare

[61] Huppert, J. D., & Franklin, M. E. (2005). Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: an update. *Curr Psychiatry Rep 7:268-73*

- trei din următoarele: sentimente de detaşare (amorţire emoţională), anhedonie, amnezie, afect restricţionat, evitarea gândurilor sau activităţilor care pot să îi amintească evenimentul
- simptome persistente accentuate la trezire (două sau mai multe dintre: insomnie, iritabilitate, dificultăţi de concentrare, hipervigilenţă, răspuns exagerat, tresărire)
- prezintă simptome mai mult de o lună
- complicaţii[62]: abuz de substanţe, dificultăţi de relaţie

Tratament

- terapie cognitiv-comportamentală - desensibilizare, oprirea gândurilor, tehnici de relaxare
- Medicamente - betablocante (pentru simptomele vegetative), benzodiazepine (pentru anxietatea acută), litiu, antidepresive (controversate)

TULBURAREA DE ADAPTARE

- **Diagnostic**
  - reacţie la stres psiho-social care apare în decurs de 3 luni de la evenimentul stresant
  - funcţionare deficitară la muncă/socială sau suferinţă marcată, în exces, atunci când se preconizează expunerea la factorii de stres
  - simptome care nu sunt determinate de un deces
  - simptome care nu îndeplinesc criteriile pentru o altă tulburare Axa I şi nu sunt o exacerbare a unor tulburări pre-existente pe Axa II din DSM IV
  - odată ce stresul nu mai este prezent, simptomele nu persistă pentru > 6 luni.
- **Subtipuri**: depresiv, anxios, mixt depresiv şi anxios, tulburări de conduită, tulburări mixte de emoţii şi comportament
- **Tratament**
  - psihoterapie (de grup, individuală)
  - intervenţia în criză

[62] Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and **in** children. *J Clin Psychiatry* 62(Suppl 17):23-8

- medicamentele folosite sunt adjuvante şi nu înlocuiesc psihoterapia (ex. benzodiazepinele pot fi utilizate pentru simptomele anxioase).

TULBURĂRI NEVROTIFORME INDUSE DE BOLI MEDICALE GENERALE

Diagnostic

- poate include simptome proeminente de anxietate generalizată, atacuri de panică, obsesii sau compulsii

Diagnostic diferenţial

- endocrine: hiper- sau hipotiroidism, feocromocitom, hipoglicemie, hiperadrenalism
- cardio-vasculare: insuficienţă cardiacă congestivă, embolie pulmonară, aritmii, prolaps de valvă mitrală
- respirator: BPOC, pneumonie, hiperventilaţie
- metabolic: deficit de vitamină B12, porfirie
- neurologice: neoplasm, disfuncţie vestibulară, encefalite
- necesită diferenţiere de anxietatea indusă de substanţe: abuzul de droguri (cafeină, amfetamină, cocaină), medicamente (sevrajul la benzodiazepine), toxice (sevrajul la alcool)

NEVROZA ISTERICĂ

Caracteristici Generale[63]

- numită în trecut isterie
- caracterizată prin tulburări psihice, motorii şi senzitive
- sugestibilitate şi autosugestibilitate
- teatralism, tendinţa de a dramatiza

Simptomele pot fi grupate în două categorii: conversive şi disociative

Tulburarea de conversie

- unul sau mai multe simptome sau deficite care afectează funcţionarea motorie voluntară sau funcţionarea senzorială, care sugerează o boală medicală generală sau neurologică (ex. tulburări de coordonare, paralizii locale, vedere dublă)

[63] Talbot JA, Hales Re, (1988): Textbook of Psychiatry, New York, The American Psychiatric Press

- factorii psihologici sunt consideraţi a fi etiologic legaţi de simptome, iar iniţierea simptomelor este precedată de conflicte sau de alţi factori de stres
- câştig primar: simptomele somatice reprezintă o rezolvare simbolică a unui conflict psihologic inconştient; serveşte pentru a reduce anxietatea şi conflictul;
- câştig secundar: egocentrism; obţinerea de beneficii externe sau sustragerea de la îndatoriri neplăcute (ex. locul de muncă)
- "La belle indifference" – pacientul are o atitudinea *princiară*, indiferentă, necorespunzătoare faţă de un simptom grav.

Tulburări disociative[64]

Amnezia disociativă

Diagnostic

- incapacitatea de a-şi aminti experienţe personale importante, de obicei, de natură traumatică sau stresantă;
- simptomele cauzează stres sau afectarea funcţionării;
- necesită excluderea unor tulburări: demenţe, delirium, stări crepusculare, beţie patologică, stres acut, substanţe, afecţiuni medicale

Tratament

- recuperarea memoriei: barbiturice (ex. amobarbital, tiopental de sodiu,) benzodiazepine, hipnoza;
- psihoterapie.

Fuga disociativă

Diagnostic

- călătorie bruscă, neaşteptat de îndepărtată de casă sau locul de muncă;
- incapacitatea de a-şi aminti trecutul, chiar propria identitate sau îşi asumă identităţi noi;
- simptomele cauzează stres sau afectarea funcţionării;
- necesită excluderea consumului de substanţe, bolilor medicale (ex. epilepsie)

Evoluţie: de obicei scurtă cu recuperare spontană

Tratament: similar cu amnezia disociativă

[64] Halles RE, Yudofsky SC (1999): *Clinical Psychiatry*, American Psychiatric Press, Inc. Washington

Tulburarea de depersonalizare

Diagnostic

- experienţe persistente sau recurente de sentimente desprinse din
  procesele mintale sau din organism (ex. sentimentul ca trăieşte într-un vis)
- pacientul este orientat temporo-spaţial şi la propria persoană
- simptomele cauzează stres sau afectarea funcţionării
- necesită excluderea: schizofreniei, tulburărilor de panică, de stres acut, altor tulburări disociative, consumului de substanţe, bolilor medicale

Tratament: psihoterapii individuale (nu de grup), hipnoză.

Tulburarea de identitate disociativă

Echivalentul tulburării de personalitate multiplă din vechile clasificări.

Diagnostic

- două sau mai multe stări distincte de personalitate, care deţin periodic controlul asupra comportamentului unei persoane
- amnezie cu privire la istoria personală
- necesită excluderea: abuzului de substanţe, afecţiunilor medicale (ex. convulsii parţiale complexe), joaca imaginară la copii

Mulţi pacienţi raportează un istoric de abuz sexual şi/sau fizic

Tratament: psihoterapie orientată spre *insight*, hipnoză, droguri de intervievare asistată, antidepresive/anxiolitice/anticonvulsivante (discutabile ca eficacitate)

TULBURĂRI DE SOMATIZARE

- acuze fizice recurente, multiple, semnificative clinic, pentru care pacientul doreşte tratament sau din cauza cărora funcţionarea este afectată
- debutul este, de obicei, înainte de vârsta de 30 de ani;
- se întinde pe o perioadă de mai mulți ani
- pacientul acuză cel puţin opt simptome fizice care nu au nici o patologie organică:
  - patru simptome dureroase
  - două simptome gastrointestinale

  - un simptom sexual
  - un simptom pseudo-neurologic
- complicaţii: anxietate, depresie, medicaţie inutilă sau o intervenţie chirurgicală,
  adesea sursă de erori de diagnostic pentru o boală de regulă insidioasă (cum sunt majoritatea bolilor organice)

TULBURAREA SOMATOFORMĂ DUREROASĂ

- durerea este simptomul primar şi este de o gravitate suficientă pentru a justifica o atenţie medicală
- de obicei nu există o patologie organică, dar atunci când aceasta există, reacţia este exagerată

HIPOCONDRIA

- preocupare cu teama de a avea, sau ideea că are, o boală gravă bazată pe o interpretare eronată a semnelor fizice
- elementele probate nu susţin diagnosticul de tulburare fizică
- persist teama de a avea o boală, în ciuda reasigurării medicale
- credinţa nu este de intensitate delirantă (ca în tulburări delirante de tip somatic), persoana are calitatea de a recunoaşte interpretările nerealiste
- are o durată de cel puţin 6 luni

TULBURAREA CORPORALĂ DISMORFICĂ

- Preocuparea faţă de existenţa unui defect al imaginii întregului corp sau al unei părţi a corpului sau se referă la grija excesivă legată de anomalii uşoare
- de obicei, la nivelul faciesului
- poate duce la evitarea locului de muncă sau a situaţiilor sociale

TULBURĂRILE FACTICE

- nu sunt adevărate tulburări somatoforme deoarece simptomele sunt intenţionate; se urmăreşte un beneficiu psihologic, niciodată material
- tratament: psihoterapie (rezolvarea conflictelor)

Tulburarea factică „falsificată”

- de producţie intenţionată sau simulează semne fizice sau psihice
- îşi asumă rolul de bolnav
- stimulentele externe (ex. câştig economic) sunt absente

Simularea

- producerea intenţionată de simptome fizice sau psihice false sau extrem de exagerate, motivate de recompense externe (ex. solicită droguri, stimulente financiare, evită munca)

Asistenţa terapeutică

- vizite frecvente scurte
- se încercă să fie numai medicul singur cu pacientului
- se focalizează atenţia asupra aspectelor psihosociale şi nu a simptomelor fizice
- psihoterapie - rezolvarea conflictelor
- minimalizarea utilizării de medicamente psihotrope (anxiolitice pe termen scurt; antidepresive pentru simptomele depresive)
- minimalizarea de investigaţii medicale, coordonarea investigaţiilor necesare

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE (TP)[65]

Criterii generale de diagnostic

- Un model de durată ce presupune experiențe interioare și comportamente ce deviază semnificativ față de expectanțele individuale acceptate cultural; se manifestă în mai mult de două domenii dintre cele ce urmează: cogniție, afectivitate, funcționare interpersonală, controlul impulsurilor
- Inflexibilitate și pervazivitate într-o arie largă de situații
- Egofilie
- Determină tulburarea sau imposibilitatea funcționării
- Este de obicei diagnosticată după 18 ani, dar cu un model bine stabilit din adolescență sau chiar din perioada de adult tânăr
- Trăsăturile de personalitate sunt considerate tulburări doar atunci când satisfac primele două criterii

Prevalența[66] celor mai importante tulburări de personalitate (% din populație)

- tulburarea de personalitate borderline 1-2 %
- tulburarea de personalitate de tip histrionic 1,3-3 %
- tulburarea de personalitate schizotipală 3- 5,6 %
- tulburarea de personalitate dependentă 1,6 – 6,7 %

Clasificarea tulburărilor de personalitate (DSM IV)

CLUSTER A "Nebun"

Aspecte esenţiale

- Pare ciudat sau excentric
- Mecanisme de apărare mai frecvente: proiecția, fantezia

[65] Lofchy J., Jain U., Katz, M.Buck B. , Grill A. (2000), Psychiatry (Eds D. Gervais-Fagnou). (MCCQE) 2000 Review Notes and Lecture Series, pp.6-56.

[66] Zimmerman M, Rothschild L., Chelminski I. (2005): *The prevalence of DSM IV personality disorders in psychiatric outpacients*, Am.J.Psychiatry

Include:

1. tulburarea de personalitate paranoidă
2. tulburarea de personalitate schizoidă
3. tulburarea de personalitate schizotipală

CLUSTER B ”Rău”

Aspecte esenţiale

- Comportament dramatic, emoțional, inconstant
- Mecanisme de apărare mai frecvente: negarea, impulsivitatea, disocierea (la histrionic), scindarea (borderline)

Include:

1. tulburarea de personalitate borderline
2. tulburarea de personalitate antisocială
3. tulburarea de personalitate narcisistă
4. tulburarea de personalitate histrionică

CLUSTER C ”Trist”

Aspecte esenţiale

- Comportament anxios, restricționat, de groază
- Mecanisme de apărare mai frecvente: izolarea, evitarea, hipocondria

Include

1. tulburarea de personalitate evitantă
2. tulburarea de personalitate dependentă
3. tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Diagnosticul tulburărilor de personalitate

TP paranoidă

- Suspectează că ceilalți l-ar exploata, i-ar vrea răul sau ar încerca să îl înșele
- Îndoială legată de încrederea celorlalți
- Se teme că informația oferită celorlalți va fi folosită împotriva sa
- Interpretează situații/evenimente cu semnificație minimă ca fiind înjositoare
- Poartă ranchiună
- Reacționează rapid agresiv chiar contraatacând
- Pune sub semnul întrebării fidelitatea partenerului în mod repetat

Tratament

- Psihoterapie (dar este greu de stabilit o relație de încredere)
- Prognostic rezervat

TP schizoidă

- Nu dorește relații apropiate
- Alege activități solitare
- Interes redus față de experiențele sexuale
- Simte plăcere față de un număr mic de activități
- Fară prieteni apropiați, cu excepția rudelor de gradul unu
- Indiferent la critici sau laude
- Detașat emoțional

Tratament

- Psihoterapie individuală

TP schizotipală

- Idei de referință
- Credințe ciudate sau gândire magică (ex. crede în superstiții, vrăji)
- Experiențe perceptuale neașteptate
- Mod ciudat de a vorbi și a gândi
- Ideație paranoidă
- Afecte restricționate sau nepotrivite
- Comportament ciudat sau excentric
- Fară prieteni apropiați, cu excepția rudelor de gradul unu
- Anxietate socială excesivă

Tratament

- Psihoterapie
- Educarea unor abilități sociale
- Dozele scăzute de antipsihotice pot fi folositoare

TP borderline

- Efort frenetic de a evita abandonul real sau imaginar
- Relații instabile și intense
- Percepție a sinelui instabilă
- Impulsivitate dăunătoare propriei persoane (ex. cheltuieli importante, promiscuitate, șofat iresponsabil)
- Instabilitate afectivă

- Sentimente cronice de gol afectiv
- Dificultăți în controlarea furiei
- Simptome disociative tranzitorii

Tratament

- Psihoterapie (individuală sau de grup)
- Terapie cognitiv-comportamentală

TP antisocială

- Activități repetate în afara legii
- Controlul comportamentului (internare, încarcerare)
- Falsitate
- Impulsivitate
- Iritabilitate și agresivitate
- Nesăbuință în a urmări siguranța proprie și pe cea a celorlalți
- Iresponsabilitate constantă
- Lipsa remușcărilor
- Simptomele de aspectul tulburărilor de comportament apar înainte de vârsta de 15 ani

Tratament

- Controlul abuzului de substanțe

TP narcisistă

- Exagerarea propriei importanțe
- Preocupare excesivă ce presupune imaginarea unui succes personal fără limite, putere imensă, frumusețe, iubire
- Credințe conform cărora el/ea este ”special” și ar trebui să se asocieze cu alți oameni speciali
- Cere admirație excesivă
- Cere drepturi care nu sunt ale sale
- Se folosește de ceilalți
- Îi lipsește empatia
- Deseori este invidios pe ceilalți sau crede că ceilalți sunt invidioși pe dânsul
- Atitudine arogantă

Tratament

- Psihoterapie

TP histrionică

- Nu se simte confortabil dacă nu este în centrul atenției
- Afișează seductivitate sexuală neadecvată
- Expresie emoțională ce se modifică rapid si superficial
- Folosește aspectul fizic pentru a atrage atenția
- Limbajul este folosit spre a impresiona
- Exprimare dramatică și exagerată a emoțiilor
- Ușor influențat de ceilalți
- Consideră anumite relații mai intime decât sunt în realitate

Tratament

- Psihoterapie centrată pe *insight*

TP evitantă

- Evită contactele interpersonale importante datorită fricii de critică sau respingere
- Nu dorește relaționarea cu alte persoane decât dacă este sigur că va fi plăcut
- Restricționat la nivel de relații intime
- Preocupat de eventuala respingere socială
- Inhibat în situații interpersonale noi datorită sentimentelor de nepotrivire
- Se vede inferior celorlalți
- Reticent în a se angaja în activități noi datorită jenei

Tratament

- Educarea socializării
- Desensibilizare sistematică
- Terapie cognitivă

TP dependentă

- Dificultăți decizionale zilnice fără sfat excesiv
- Are nevoie de altcineva să își asume responsabilități
- Dificultăți în a-și exprima dezacordul, de teamă să nu pierdă aprobarea celorlalți
- Dificultăți în a iniția proiecte din cauza lipsei de incredere în sine
- Pentru a obține suport depune un efort excesiv
- Nu se simte bine singur datorită temerilor că ar fi incapabil să aibă grijă de propria persoană

- Caută repede pe altcineva care să aibă grijă de dânsul dacă o relație anterioară se termină

Tratament

- Psihoterapie centrată pe *insight*
- Educarea unor abilități sociale

TP obsesiv compulsivă

- Preocupat de detalii până la neglijarea punctelor importante ale activității
- Perfecționismul interferă cu completarea sarcinii
- Devotat excesiv muncii
- Inflexibil când vine vorba de moralitate
- Incapabil să se debaraseze de obiecte nefolositoare
- Dificultăți în a delega sarcini celorlalți
- Zgârcenie
- Încăpățânare și rigiditate

Tratament

- Psihoterapie
- Terapie comportamentală

TULBURĂRILE AFECTIVE

- Tulburările afective[67] sunt definite prin prezenţa *episoadelor afective*.
- Episoadele afective reprezintă o combinaţie de simptome cuprinzând predominant stări afective.
- Tipuri de episoade afective: depresia majoră, mania, mixt, hipomania.
- Tipuri de tulburări de dispoziţie:
    - Depresive (tulburarea depresivă majoră, distimia)
    - Bipolare (tulburarea bipolară, ciclotimia).

TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ (PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ)

Episoade depresive majore

A. cel puţin 5 din următoarele simptome prezente timp de 2 săptămâni, dintre care unul trebuie să fie dispozitie depresivă sau pierderea interesului şi a plăcerii
    - dispoziţie – deprimată
    - somn - crescut sau scăzut (în cazul în care a scăzut, de multe ori se trezeşte devreme)
    - interes - scăzut
    - vinovăţie/inutilitate
    - energie - scăzută sau oboseală
    - puterea de concentrare, de luare a deciziilor, de gândire - scăzute
    - pofta de mâncare şi/sau greutate în creştere sau scădere

[67] Kielholz SH & col. (1998): Depression: tendencies actuelles en matiere d"epidemiologie de diagnostic et de treatment, Triangle, 28: 43-50.

- activitatea psihomotorie - a crescut sau a scăzut
- ideaţie suicidară

B. simptomele nu îndeplinesc criteriile pentru episodul mixt
C. simptomele determină o reducere semnificativă a funcţionării sociale sau profesionale
D. excluse dacă sunt produse de consumul de substanţe sau din cauza unei boli somatice generală
E. simptomele nu sunt mai bine reprezentate de doliu (o constelaţie de simptome depresive care întrunesc criteriile pentru un episod depresiv sever care apare în termen de 2 luni de la moartea unei rude apropiate).

Episod manical

A. perioadă de dispoziţie anormală şi persistent elevată, expansivă sau de dispoziţie iritabilă cu durata de cel puţin 1 săptămână (sau mai puţin dacă este internat).
B. în această perioadă, cel puţin 3 (4 în cazul în care dispoziţia este doar iritabilă) simptome:

- a crescut respectul de sine sau grandoare
- nevoie scăzută pentru somn (a se diferenţia de insomnie)
- logoree
- fugă de idei
- distractibilitate
- creşterea activităţii nedirecţionate spre un scop, agitaţie psihomotorie
- activitate nechibzuită (sexuală, cheltuieli, consum de substanţe, excesul de viteză la volan, vorbire necorespunzătoare), cu potenţial ridicat de consecinţe neplăcute.

C. simptomele nu îndeplinesc criteriile pentru un episod mixt
D. perturbarea de dispozitie este suficient de severă pentru a provoca simptome psihotice, insuficienţă marcată în funcţionarea socială/la locul de muncă sau necesită spitalizare
E. simptome nu sunt induse de substanţe sau din cauza unei boli somatice generală

- formulă diagnostică pentru manie:
  - Grandiozitate
  - Creşterea activitatăţii/agitaţie psihomotorie
  - Scăderea capacităţii de judecată (sex, droguri, bani)

- Distractibilitatea
- Dispozitie iritabilă
- Nevoia de somn scăzută
- Expansiv sau euforic
- Fuga de idei
- Logoree.

Episod Mixt

- sunt îndeplinite criteriile pentru episodul maniacal şi depresiv sever aproape în fiecare zi până la o săptămână.

Episod hipomaniacal

- criteriul A pentru manie, dar cu o durată de cel puţin 4 zile.
- criteriile B şi E de la manie
- episod asociat cu o schimbare necaracteristică în funcţionare, care este observat de cei din jur
- schimbarea nu este suficient de severă să cauzeze o afectare în funcţionarea socială sau ocupaţională sau să necesite spitalizare.
- Absenţa simptomelor psihotice.

CLASIFICAREA TULBURĂRILOR BIPOLARE

Tulburări bipolare I, bipolare II

- Epidemiologie[68]
  - prevalenţa: 0,6-0,9%
  - bărbaţi = femei
  - vârsta de debut: tineri la 20 de ani
  - 60-65% dintre pacienţi bipolari au istoric familial de tulburări de dispoziţie majore

- Diagnostic (DSM IV)
  - Tulburarea bipolară tip I – unul sau mai multe episoade maniacale sau mixte, alternând cu unul sau mai multe episoade depressive, nu neapărat severe.

[68] McGuffin, 1', Rijsdijk, E, Andrew, M., *et al.* (2003). The heritability of bipolar affective disorder and tbe genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 60:497-502

- Tulburarea bipolar tip II – cel puţin un episod depresiv sever şi un episod hipomaniacal; fără trecut de episode maniacale sau mixte.
- Ambele pot să apară cu ciclicitate rapidă (prezenţa a cel puţin 4
  episoade afective în termen de 1 an; trebuie să fie fără simptome timp de cel puţin 2 luni între episoade sau afişarea unei schimbări în timp la un tip opus de episod)
- Trebuie să se ia în considerare utilizarea de substanţe sau o boală medicală generală.

- Evoluţia clinică
  - Poate prezenta iniţial un episod maniacal, depresiv sau episod hipomaniacal
  - De obicei, există intervale cu perioade de afectivitate şi funcţionare normale; durata ciclului poate varia.

- Tratament
  - Biologic: litiu, acid valproic, carbamazepina, antipsihotice, ECT
  - Psihologic: psihoterapie suportivă şi psihodinamică, terapie cognitivă şi comportamentală
  - Social: reabilitare vocaţională, concediu sau absenţa de la şcoală/locul de muncă, a se evita drogurile, substitut pentru factorul de decizie în finanţe, igiena somnului, formarea de competenţe sociale, educarea membrilor familiei

TULBURĂRI DEPRESIVE UNIPOLARE

Tulburarea depresivă recurentă[69]

- epidemiologie
  - prevalenţa: bărbaţi 2,6%, femei *7%* (bărbaţi:femei = 1:2)
  - vârsta de debut - 30 ani
- etiologie
  - genetica
    - 65-75% gemeni MZ
    - 14-19% gemeni DZ

[69] Tasman K. (1997) *Psychiatry*, Sanders Company, 1997

- disfuncţia la nivelul sinapselor a neurotransmiţătorilor (scăderea activităţii serotoninei, norepinefrinei, dopaminei)
- psihodinamic (ex. scăderea stimei de sine)
- cognitiv (ex. gânduri negative)

- factori de risc
  - sex: feminin
  - vârsta de debut între 25-50 ani
  - istoric familial: depresie, abuz de alcool, sociopatie
  - experienţe din copilărie: pierderea unui părinte înainte de 11 ani, mediu familial necorespunzător (abuzuri, neglijenţă)
  - personalitate: nesigur, dependent, obsesional
  - factori stresanţi recenţi (boală, financiari, juridici)
  - postpartum
  - lipsa de relatii intime, lipsa încrederii (izolare socială)
- diagnostic:
  - antecedente de unul sau mai multe episoade depresive severe
  - absenţa unui episod maniacal anterior, hipomaniacal sau episod mixt
- alte posibile prezentări (subtipuri):
  - cu simptome psihotice (delir de păcătuire, vinovăţie, sărăcie, nihilism,
    paranoia, ipohondrie)
  - cronice (cu durata de 2 ani sau mai mult)
  - cu caracteristici de melancolie (ex. anhedonia, inhibiţie severă psihomotorie)
  - cu caracteristici atipice (somnolenţă, creşterea în greutate)
  - debut postpartum
  - tipat sezonier (toamnă-iarnă)
- depresia la vârstnici:
  - reprezintă aproximativ 50% din internările acute psihiatrice la persoanele în vârstă
  - afectează aproximativ 15% din locuitorii comunităţii cu vârsta > 65 de ani
  - risc ridicat de sinucidere din cauza mortalităţii crescute şi scăderea comunicării, de tentativă de suicid din cauza izolării sociale
  - vârf sinucidere: bărbaţi: 70 - 80 ani, femei: 50 - 65 ani

- prezintă adesea acuze somatice (ex. modificări în greutate, somn, energie) sau simptome de anxietate, mai des decât în depresia clasică.

- diagnostic diferenţial:
  - alte tulburări cu dispoziţie depresivă
  - doliu
  - demenţă
  - boli medicale generale/consumul de substanţe
- tratament
  - biologic: antidepresive, litiu, ECT
  - psihologic: psihodinamic, cognitiv, comportamental, familial şi terapie de grup
  - social: reabilitarea vocaţională, antrenarea abilităţilor sociale

Distimia

- dispoziţie depresivă pentru cea mai mare parte a zilei, pentru mai multe zile, timp de cel puţin 2 ani
- prezenţa, în acelaşi timp cu deprimarea, a cel puţin două din:
  - lipsa poftei de mâncare sau mâncatul în exces
  - insomnie sau hipersomnie
  - reducerea energiei sau oboseală
  - stima de sine scăzută
  - concentraţie slabă sau dificultate în luarea deciziilor
  - sentimente de inutilitate
- niciodată fără dispoziţie depresivă pentru mai mult de 2 luni la un moment dat
- nici o dovadă de episod depresiv sever în trecut, maniacal, mixt sau episoade hipomaniacale
- nu este din cauza consumului de substanţe sau a unei boli medicale generale.

Ciclotimia

- Prezenţa a numeroase perioade de simptome depresive şi hipomaniacale (nu îndeplinesc criteriile pentru episodul depresiv sever), pentru cel puţin 2 ani; niciodată fără simptome de> 2 luni
- Nu episoade maniacale, depresive severe sau episoade mixte; nici o dovadă de psihoză

- Care nu se datorează unei condiţii medicale generale / consumului de substanţe

TULBURĂRI AFECTIVE INDUSE DE CONDIŢII MEDICALE SAU SUBSTANŢE

- infecţioase: encefalite, hepatite, pneumonie, TBC, sifilis
- endocrine: hipotiroidism, hipopituitarism etc.
- metabolice: porfiria
- carenţe vitaminice: boala Wernicke, beri beri, pelagra, anemia pernicioasă, anemia în general
- boli de colagen: lupus ertematos sistemic, poliarterita nodoasă
- neoplazii: cancer pancreatic, carcinoid, feocromocitom
- cardiovasculare: cardiomiopatii
- neurologice: scleroza tuberoasă, boala Wilson, boala Parkinson, sceroza în plăci
- medicamente: antihipertensive, antiparkinsoniene, hormoni, steroizi, tuberculostatice, citostatice

TULBURĂRILE PSIHOTICE

SCHIZOFRENIA

Epidemiologie[70]

- ✓ prevalenţa: 1%-1,5 %; egalitate între bărbaţi şi femei
- ✓ vârsta de debut: frecvent 15- 35 ani; femei – 27 ani; bărbaţi - 21 ani

Etiologie

- ✓ multifactorială: tulburarea este rezultatul interacţiunii dintre factorii biologici şi de mediu
- ✓ genetică
    - *50%* concordanţă între gemenii monozigoţi (MZ)
    - 40% dacă ambii părinţi sunt schizofrenici
    - 10% dintre gemenii dizigoţi, fraţi cu un părinte comun
- ✓ neurochimia - "ipoteza dopaminergică": dopamina în exces contribuie la apariţia schizofreniei
    - dovezi care sprijină teoria dopaminergică
        - agoniştii dopaminici exacerbează simptomele schizofreniei
        - medicamentele antipsihotice au efect prin blocarea receptorilor dopaminici post-sinaptici
        - acţiunea mai multor medicamente antipsihotice se corelează cu blocarea receptorilor D2 postsinaptici
        - medicamentele antipsihotice sunt asociate cu o creştere a numărului de receptori D2 şi D4 postsinaptici
        - alţi neurotransmiţători: serotonina (S-HT), norepinefrina, GABA, glutamat sunt investigaţi în prezent
- ✓ neuroanatomia[71]

[70] Bramon, E., Walshe, M., McDonald, c., *et at.* (2005). Dermatoglyphics and schizophrenia: a meta-analysis and investigation of the impact of obstetric complications upon a-b ridge count. *Schizophr Res 75:399-404*

[71] Chua, S., & Murray, R. M. (1995). The neurodevelopmental theory of schizophrenia: evidence concerning structure and neuropsychology. *Acta Neuropsychiat., 7:568-70*

- sunt implicate 3 structuri cerebrale: scăderea funcţionării lobului frontal, funcţionarea asimetrică a sistemului limbic temporal, temporal-limbic bilateral, scăderea funcţionării ganglionilor bazali
- modificări în talamus, cortex, corp calos şi ventriculi
- anormalităţi citoarchitecturale

✓ neuroendocrinologia

anomalii ale nivelurilor de STH, prolactină, cortizol şi răspunsul ACTH la modificările farmacologice (de ex. bromocriptina, fenfluramina) în schizophrenia.

✓ altele[72]

- evidenţierea indirectă
  - Variaţiile geografice
  - Asocierea cu naşterea în sezonul de iarnă
  - Asocierea cu expunerea în perioda prenatală la epidemii virale
- neuropsihologia

deficite globale se întâlnesc în atenţie, limbaj şi memorie sugerând lipsa de legătură între reţelele neuronale.

Diagnostic

A. simptome caracteristice (faza activă): sau mai multe dintre următoarele variante, fiecare prezent pentru o parte semnificativă de timp, într-o perioadă de 1 lună (sau mai puţin, dacă sunt tratate cu succes)

1. delir **
2. halucinaţii **
3. vorbire dezorganizată
4. comportament dezorganizat sau catatonic
5. simptomele negative, adică aplatizare afectivă, alogie sau avoliţie

NB **: doar un simptom este necesar în cazul în care:

1. delirul este bizar

2. halucinaţiile constau dintr-o voce continuă însoţită de un comentariu pe care se mulează comportamentul persoanei sau gândurile acesteia; două (sau mai multe) voci care conversează fiecare cu cealată.

B. disfuncţie socială/profesională

[72] Brockington, I. E (1992). Schizophrenia: yesterday'S concept. *Eur Psychiatry* 7:203-7

C. semne de perturbare continuă pentru cel puţin 6 luni, inclusiv cel puţin 1 lună de simptome care îndeplinesc criteriul A (în faza activă); poate să includă perioade cu simptome prodromale sau reziduale

D. exclude tulburări schizoafective şi tulburări afective

E. exclude tulburări induse de substanţe sau induse de boli medicale generale

F. dacă istoricul de tulburare a dezvoltării este prezent, diagnosticul de schizofrenie suplimentar se face numai în cazul de deliruri sau halucinaţii proeminente care sunt, de asemenea, prezente cel puţin 1 lună

Subtipuri[73]

o **paranoid**

- prezenţa unuia sau mai multor deliruri (tipic de persecuţie sau grandoare) sau halucinaţii auditive frecvente
- relativă prezervare a funcţionării gândirii şi afectului; acestea sunt atinse în stadiile tardive ale vieţii
- are un prognostic bun

o **catatonic**

- cel puţin două din: imobilitate motorie (catalepsie sau inconştienţă); activitatea motorie excesivă (fără finalitate, nu este influenţată de stimuli externi); negativism extrem (rezistenţa la instrucţiunile/încercările de a fi mişcat) sau mutism; mişcare voluntară aparte (posturing, mişcări stereotipe, maniere proeminente); ecolalia sau ecopraxia.

o **dezorganizat**

- toate caracteristicile următoare sunt proeminente: vorbire dezorganizată şi comportament dezorganizat; afecte plate sau inadecvate, incoerenţă marcată, slăbirea asociaţiilor; seamănă cu un copil deficient mintal
- personalitate premorbidă săracă, debut precoce şi insidios
- evoluţie continuă, fără remisii semnificative

o **nediferenţiat**

- simptomele de la criteriul A sunt întâlnite, dar nu se încadrează în celelalte trei tipuri de schizofrenie
- nu îndeplineşte criteriile pentru tipul paranoid, catatonic sau dezorganizat.

o **reziduală**

[73] Maj M., Sartorius N. (1999), Schizophrenia, WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, vol.2, Edit. John Wiley &Sons Ltd. Chichester

- absenţa de idei delirante proeminente, halucinaţii, vorbire dezorganizată, comportament extrem dezorganizat sau catatonic
- dovezi continue de perturbare indicate prin prezenţa unor simptome negative sau două sau mai multe simptome din criteriile A într-o formă atenuată.

Asistenţa în schizofrenie

- ✓ farmacologic[74]
  - o acut şi de menţinere
  - o neuroleptice (p.o şi im)
  - o managementul reacţiilor adeverse
- ✓ psihosocial[75]
  - o psihoterapie (individual, famile, grup)
  - o antrenarea abilităţilor sociale
  - o antrenament ocupaţional/vocaţional
  - o locuinţe protejate (grup familial, reintegrare socio-familială, căsuţe protejate)

Prognostic

- ✓ 1/3 bun, 1/3 rămân la fel, 1/3 se înrăutăţesc
- ✓ Factori de prognostic bun
  - o Debut acut
  - o Factori precipitanţi
  - o Funcţionare cognitivă bună
  - o Funcţionare premorbidă bună
  - o Fără istoric familial
  - o Prezenţa simptomelor afective
  - o Absenţa anomaliilor structurale ale creierului
  - o Răspuns bun la medicaţie
  - o Sistemul de suport bun

TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ[75]

- epidemiologie: doar o uşoară creştere a incidenţei în familii cu schizofrenie
- diagnostic: simptomele de schizofrenie sunt prezente între 1-6 luni.

[74] Davis, 1. M., Chen, N., & Glick, I. 0. (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry 60:553-64.*

[75] Frith, C. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia.* Hove: Lawrence Erlbaum

- tratament: similar cu schizofrenia acută
- prognostic: mai bun decât schizofrenia; debut şi sfârşit mai abrupt, funcţionare premorbidă şi postmorbidă bună.

TULBURAREA PSIHOTICĂ ACUTĂ [76]

- diagnostic: simptome psihotice acute (prezenţa a unuia sau mai multor simptome pozitive de la criteriul A1-4 cu durata între o zi sau o lună
- poate apare după un evenimet stresant sau postpartum
- tratament: mediu securizant, antipsihotice, anxiolitice
- prognostic: bun, tulburarea se autolimiteaza, ar trebui să revină la funcţionarea premorbidă în aproximativ o lună.

TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ[75]

- diagnostic: o perioadă continuă în care pot să apară episoade maniacale, depresive sau mixte concomitent cu simptome de schizofrenie de la criteriu A.
    - în aceeastă perioadă, deliruri sau halucinaţii pentru cel puţin două săptămâni, fără simptome afective proeminente
    - simptomele care îndeplinesc criteriile pentru episodul afectiv sunt prezente o durată suficientă de timp din cea totală şi a perioadei reziduale.
- tratament: antipsihotice, litiu, alţi stabilizatori ai dispoziţiei, antidepresive
- prognostic: între schizofrenie şi tulburări afective.

TULBURĂRI DELIRANTE[75]

- diagnostic
    - ✓ delir non-bizar pentru cel puţin o lună

[76] Chirita V, Papari A, Chirita R., (2009): Tratat de psihiatrie, Editura Fundației Șaguna, Constanta

- ✓ criteriu A de la schizofrenie nu a fost niciodată întrunit (deşi pacientul poate avea halucinaţii tactile sau olfactive dacă sunt în legătură cu tema delirului)
- ✓ funcţionarea nu este afectată în mod marcat, comportamentul nu este ciudat sau bizar
- ✓ în cazul în care episoadele afective apar concomitent cu delir, durata totală a fost relativ scurtă pentru delir

- subtipuri: erotomanic, grandios, gelozie, persecuţie, somatice, mixte, nespecificate
- tratament: psihoterapie, antipsihotice, antidepresive
- prognostic: evoluţie cronică, dar neîncetat, cu nivel ridicat de funcţionare.

DELIRUL INDUS (FOLIE A DEUX)

- diagnostic: delir care se dezvoltă la un individ care este în strânsă relaţie cu o altă persoană, ce are deja o tulburare psihotică cu delir proeminent.
- tratament: separarea celor două persoane duce la dispariţia delirului la persoana indusă
- prognostic: bun

DIAGNOSICUL DIFERENŢIAL AL TULBURĂRILOR PSIHOTICE

- boli somatice: tumori, traumatisme craniene, etc.
- demenţă/delirium
- consumul de substanţe care pot induce psihoze (cocaină, amfetamine)
- tulburări afective: depresia psihotică, tulburarea bipolară – episod maniacal
- tulburări de personalitate: schizotipală, schizoidă, borderline, paranoidă

DIFERENŢE ÎNTRE TULBURĂRILE PSIHOTICE

Schizofrenia - **Tulburarea schizofreniformă**

- complexul de simptome este acelaşi pentru ambele tulburări
- diferenţa esenţială este că în tulburarea schizofreniformă fazele prodromală, reziduală şi activă durează mai puţin de şase luni faţă de simptomele din schizofrenie (mai mult de şase luni).

Tulburarea schizofreniformă - **Tulburare psihotică de scurtă durată** (acută)

- criteriile de includere pentru tulburările psihotice scurte sunt mai largi şi includ prezenţa unuia dintre următoarele simptome: delir, halucinaţii, discurs dezorganizat, comportament dezorganizat sau catatonic.
- în tulburările psihotice scurte simptomele durează mai puţin de o lună cu revenire completă la nivel de funcţionare premorbid.
- în tulburarea schizofreniformă simptomele durează mai mult de o lună, până în 6 luni

Schizofrenia - **Tulburarea schizoafectivă**

- simptomele psihotice sunt aceleaşi în ambele tulburări
- în tulburările schizoafective, un episod maniacal sau depresiv trebuie să fie prezent şi durata simptomelor afective nu poate fi mai scurtă în raport cu durata psihozei
- pentru a putea diagnostica tulburarea schizoafectivă trebuie să existe, de asemenea, cel puţin o perioadă de două săptămâni în care sunt prezente simptome psihotice în absenţa simptomelor de afective.

Schizofrenia - **Tulburarea delirantă**

- în tulburările delirante, conţinutul delirului implică evenimente care se pot întâmpla, de fapt, la oamenii în viaţa reală (adică non-bizar); halucinaţiile pot apărea, dar trebuie să fie limitate la câteva perioade scurte
- delir bizar, halucinaţii proeminente, vorbire dezorganizată, comportament dezorganizat şi simptomele negative exclud tulburarea delirantă.

Tulburarea schizoafectivă - **Tulburări afective cu simptome psihotice**

- într-o tulburare de dispozitie cu simptome psihotice, simptomele afective şi psihotice întotdeauna trebuie să se suprapună în timp.
- în tulburări schizoafective, simptomele psihotice trebuie să fie prezente în absenţa simptomelor afective pentru cel puţin două săptămâni.

DEMENŢE ŞI DELIRIUM

DEMENŢA

Epidemiologie[77]

- prevalenţa creşte cu vârsta: 10% la pacienţii cu vârsta peste 65 de ani; 25% la pacienţii peste 85 de ani
- dementa din boala Alzheimer cuprinde > 50% din cazurile cu demenţă, în timp ce cauzele vasculare sunt responsabile de aproximativ 15% din cazuri
- 10% din cazurile de demenţă sunt potenţial curabile

Diagnostic

- Multiple deficite cognitive incluzând afectarea memoriei şi unul sau mai multe dintre următoarele:
  - afazie (tulburarea limbajului)
  - apraxie (afectarea capacității de a efectua mişcări intenţionate, în special utilizarea de obiecte, în ciuda funcţiei motorii normale)
  - agnozia (eşecul de a recunoaşte sau identifica obiectele)
  - tulburări ale funcţiei executive (ex. planificarea, organizarea, secvenţialitatea, gândirea abstractă)
  - deficite rezultate din declinul în funcţionarea socială/profesională
  - tulburările nu sunt cauzate de boli generale

Pacienţii sunt în alertă iniţial. Simptomele se dezvoltă treptat (ani), nu fluctuează, se agravează în timp (tulburare cronică). În demenţa Alzheimer (DA) declinul este rectiliniu, în pantă, în timp ce în demenţa vasculară declinul este în trepte, urmare a repetatelor AVC.

[77] Bucks, R. S., Ashworth, D. L., Wilcock, G. K., & Siegfried, K. (1996). Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age Ageing* 25: 113-20

Abordarea pacientului

Istoric

- întrebări despre gradul de autonomie (menaj, îngrijire personală, transfer, gătit, cumpărături, finanţe), probleme de memorie (de exemplu găsirea unui lucru pierdut, obiecte încurcate, uită numele, chiar şi pe cele ale persoanelor apropiate, uită aragazul aprins etc), utilizare de alcool.
- informaţiile trebuie confirmate de rude (anturaj) întrucât pacientul este mai puţin conştient de gradul de afectare cognitivă

Examinarea arată gradul de deficit; este utilă aplicarea unor teste suplimentare ale funcţiei executive (ex. proverbe/similitudini, teste de perseverenţă)

Investigaţii (sunt utile pentru a exclude cauzele reversibile):

- standard: hemograma, electroliţi inclusiv Ca, PO4, Mg, glucoză, VSH, teste renale şi hepatice, sumar urină, ECG, TSH, VDRL, vitamina B12, acid folic, CT cranian, albumina, dacă este disponibil SPECT
- indicaţii pentru CT în demenţă: deficite neurologice focale, schimbări brutale în evoluţie, debut de mai puțin de 2 ani, utilizarea de anticoagulante, incontinenţă sfincteriană precoce, tulburări de mers, antecedente de cancer.

Asistenţa pacientului

- stimularea funcţiei gândirii prin tratamentul problemelor medicale şi prevenirea apariţiei altora
- repere de orientare în mediu (ex. ceas, calendar)
- educaţie şi sprijin pentru pacient şi familie (programe de zi, grupuri de suport, îngrijire la domiciliu)
- se ia în considerare planul de îngrijire medicală pe termen lung (instituţii azilare specializate în asistenţa acestor pacienţi) şi pierderea autonomiei
- neuroleptice în doză mică (haloperidol) şi antidepresive (dacă apar simptome comportamentale sau emoţionale proeminente); se începe cu doze mici şi se continuă cu creşterea treptată a dozei, în funcţie de răspuns

Demenţă primar degenerativă de tip Alzheimer[78]

- Cele mai frecvente cauze de demenţă (50-75%)
- În unele familii: AD în legătură cu cromozomii 14, 19, 21
- Factori de risc: post menopauza, expunerea la aluminiu, oxidare (radicali liberi)
- Debut insidios cu deteriorare progresivă
  - uşoară: tulburări de memorie; se poate gestiona independent cu suport
  - moderată: deficite de limbaj; nivel redus de informaţii, probleme semnificative în gestionarea în comunitate; probleme de comportament (rătăcire, probleme de siguranţă)
  - severe: incontinenţă, pierderea legăturilor sociale, scădere în greutate, dependenţă în grad sever
  - în stadiu terminal: adevărate deficite neurologice focale, frecvent deces prin pneumonie de aspiraţie, infecţii intercurente, escare suprainfectate
- Excluderea altor cauze specifice
- Subtipuri: cu sau fără delir, iluzii sau depresie; cu debut precoce, sub 65 ani, sau cu debut întârziat
- Diagnosticul cert este rezultatul examenului histopatologic (de regulă la necropsie) care evidenţiază leziuni caracteristice: plăci senile (amiloid), ghemuri neurofibrilare, atrofie corticală, degenerescenţa granulo-vacuolară, organisme Hirano

Asistenţă

- nutriţie adecvată, exerciţiu, supravegherea activităţilor de zi cu zi
- tratament farmacologic
  - inhibitori de colinesterază: donepezil (Aricept) este terapia de primă linie (5-10 mg/zi), rivastigmină, galantamină;
  - cu acţiune pe sistemul glutamat: memantină
  - antidepresive (SSRI), antipsihotice şi benzodiazepine (pot fi necesare pentru tratamentul simptomelor comportamentale şi afective)
  - alţi agenţi care au fost investigaţi: estrogeni, AINS, Gingko biloba, vitamina E

[78] Copeland, J. R. M., Davidons, I. A., Dewey, M. E., *et al.* (1992). Alzheimer's disease, other dernentias, depression and pseudo dementia: prevalence incidence and threeyear outcome in Liverpool. *Br] Psychiatry 151:230-9*

Demenţa vasculară

- al doilea tip frecvent de demenţă
- debut brusc urmat de deteriorare treptată
- distribuţia deficitelor este inegală
- aceleaşi deficite cognitive ca la boala Alzheimer, dar cu semne şi simptome neurologice focale (ex. hiperreflexia, semn Babinski pozitiv, probleme de mers, slăbiciune)
- se pot constata dovezi imagistice de boală cerebrovasculară
- pacientul are adesea hipertensiune sau fibrilaţie atrială, care pot determina embolie cerebrală
- prevenire: renunțare la fumat, controlul HTA şi al aritmiilor

DELIRIUM

Diagnostic

- Tulburări de conştienţă (ex. scăderea gradului de conştientizare faţă de mediu), cu capacitatea redusă de a se concentra, de a menţine sau de a schimba atenţia
- Schimbare în gândire (sau o nouă perturbare de percepţie care nu este
  explicată de evoluția naturală a demenţei pre-existente)
- Debut rapid (ore-zile) şi variază în intensitate pe parcursul zilei
- Perturbarea se datorează unei condiţii medicale generale sau consumului de substanţe/sevraj
- Simptomele cele mai frecvente sunt:
    - instabilitatea tuturor funcţiilor mentale de-a lungul timpului
    - halucinaţii
    - percepţii eronate şi iluzii
    - este afectată atenţia de control
    - dezorientare
    - nivel de conştienţă afectat
    - gândire cu idei delirante
    - simptome afective
- Epidemiologie: incidenţa la pacienţii spitalizaţi este de 10-15%
- Factori de risc: perioda copilăriei şi bătrâneţei, severitatea bolii, insuficienţă pre-existentă sau patologie cognitivă a creierului, anestezie recentă, abuz de substanţe
- Examinarea este utilă pentru a obţine o evaluare a stării mentale alterate – scorul se va îmbunătăţi dacă simptomele se vor rezolva.

Diagnostic diferenţial pentru delirium[79]

Cauze:

- Infecţioase (encefalite, meningite, infecţii ale tractului urinar, pneumonii)
- Sevraj (alcool, barbiturice, benzodiazepine)
- Tulburarea metabolică acută (diselectrolitemii, afectare hepatică sau renală)
- Traumatisme (traumatisme craniene, postoperator)
- Patologie SNC (accident vascular, hemoragii, tumori, epilepsie, boală Parkinson)
- Hipoxie (anemie, insuficienţă cardiacă, embolie pulmonară)
- Carenţe (vitamina B12, acid folic, tiamină)
- Endocrinopatii (tiroidă, hipoglicemie, paratiroidă, adrenale)
- Patologie vasculară acută (şoc, vasculite, encefalopatie hipertensivă)
- Toxice, utilizarea de substanţe, medicamente (alcool, anestezice, anticolinergice, narcotice)
- Intoxicaţii cu metale (arsenic, plumb, mercur)

Cauzele de mai sus pot fi clasificate în 4 categorii: intracraniene, extracraniene, utilizarea de droguri şi sevrajul la droguri.

Tabel 1. Diagnosticul diferențial între demență, delirium și depresie [65]

	Demenţa	**Delirium**	**Depresie**
debut	gradual sau declin treptat	acut	subacut
durata	luni- ani	zile- săptămâni	variabil
istoric	progresiv, de obicei ireversibil	fluctuant, reversibil, morbiditate / mortalitate la bătrâni	recurent, de obicei reversibil
nivelul conştiinţei	normal	fluctuant	normal
atenţia	nu este iniţial afectată, perseverenţa de amănunt	scăzută (uşor de distras atenţia, se rătăceşte)	dificultăţi de concentrare

[79] American Psychiatric Association (1999). Practical Guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington, DC: American Psychiatric Association

Tabel 1. Diagnosticul diferenţial între demenţă, delirium şi depresie [65]			
	Demenţa	**Delirium**	**Depresie**
orientare	intactă iniţial	afectată (în timp şi spaţiu), fluctuantă	intactă
comportament	afectarea reacţiilor comportamentale, modificarea personalităţii, modificări severe, dezinhibiţie, pierderea relaţiilor sociale	agitaţie severă/încetinire	nepotrivit, îşi poate face rău/suicid
psihomotor	normal	fluctuant între extreme	încetinit
ciclul somn – veghe	fragmentarea somnului noaptea	ciclu inversat	trezire matinală
dispoziţie şi afecte	labilitate, de obicei anxietate	anxietate, iritabilitate, fluctuante	depresiv, stabil
Gândire	funcţionare executivă scăzută, nivel redus de gândire	fluctuantă, precedată de schimbări de dispoziţie	fluctuantă
deliruri	compensatorii	nocturne şi inconsistent formate	nihilist, somatic
afectarea memoriei	recentă, în cele din urmă îndepărtată	marcat recentă	recentă
limbaj	agnozia, afazia, scăderea înţelegerii, repetiţii, ecolalie, palilalie	disnomie, disgrafie, vorbire fără rost, incoerenţă, schimbă subiectul	nu este afectat
halucinaţii	variabile	de obicei vizuale	mai puţin întâlnite (auditive)
calitatea halucinaţiilor	slabă	înfricoşătoare/bizare	depreciative faţă de sine
status medical	variabil	boli acute, toxicitatea medicamentelor	boli sistemice, indusă de medicamente

Investigaţii paraclinice

- standard: hemogramă, electroliţi, Ca, PO4, Mg, glucoză, VSH, teste hepatice/renale, analiza urinei, ECG
- sunt indicate: TSH, CT cerebral, toxicologie/screening pentru metale, VDRL, nivelul de B12 şi acid folic, EEG (tipic anormal: încetinire generalizată sau activitate rapidă)

Management

- identificarea şi tratarea cauzei subiacente
- stoparea tuturor medicamentelor non-esenţiale
- menţinerea nutriţiei, hidratării, echilibrului electrolitic şi monitorizarea semnelor vitale
- psihosocial
    - mediul trebuie să fie liniştit şi bine luminat
    - camera trebuie să fie aproape de cea a asistentelor medicale pentru o mai bună observare
    - membrii familiei trebuie să fie prezenţi pentru reasigurare şi re-orientare
- tament trafarmacologic - haloperidol, lorazepam; imobilizare fizică dacă pacientul devine violent
- rata de mortalitate după un episod de delirium este mai mare de *50%* la un 1 an

TULBURĂRI CAUZATE DE CONSUMUL SUBSTANŢELOR CU POTENŢIAL ADDICTIV (DROGURI)

Substanţele cu potenţial addictiv sunt grupate în 11 clase: alcool, amfetamine/simpatomimetice, cafeina, cannabis, cocaină, halucinogene, inhalante, nicotina, opiacee, fenciclidine (PCP), sedative/hipnotice/anxiolitice
Efectele acute şi cronice determinate de substanţe psihoactive sunt clasificate în două mari categorii de tulburări (utilizare de substanţă şi tulburări induse de substanţă)

Tulburări determinate de utilizarea de substanţe[80]

- **dependenţă de substanţă**: tipar dezadaptativ al consumului de substanţe care interferează cu funcţionarea;
- cel puţin 3 dintre următoarele într-o perioadă de 12 luni
    - toleranţă
    - sevraj / utilizare pentru a evita sevrajul
    - substanţe luate în cantitate mai mare sau pe perioadă mai lungă decât cele propuse
    - dorinţă persistentă sau eforturi eşuate de a reduce dorinţa
    - timp excesiv pentru a-şi procura, utiliza sau de a se recupera după efectele drogului
    - interese/activităţi (tentative) importante de renunţare sau reducere a consumului
    - utilizarea a continuat în pofida problemelor fizice/psihologice cauzate sau exacerbate de substanţă
- **abuzul de substanţe**: pattern dezadaptativ de consum de substanţe care interferă cu funcţionarea;
- cel puţin 1 din următoarele într-o perioadă de 12 luni
    - utilizarea recurentă are ca rezultat neîndeplinirea obligaţiilor cu rol major (profesionale, familiale sau sociale)
    - utilizarea recurentă în situaţiile în care există un pericol fizic (de ex. muncă la înălţime, conducerea unui autovehicul)

[80] Swartz, M. S., Swanson, J. W, Hiday, V. A., *etal.* (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am] Psychiatry* 155:226-3l.

- consumul recurent de substanţă conduce la probleme juridice
- utilizarea a continuat în ciuda interferenţelor cu funcţionarea socială sau interpersonală

Tulburări induse de substanţă

- intoxicaţia cu substanţe: modificări reversibile fiziologice şi comportamentale cauzate de expunerea recentă la substanţe psihoactive
- sevrajul la substanţă: sindrom specific fiecărei substanţe care se dezvoltă în urma încetării sau reducerii dozei utilizate în mod regulat

ALCOOL

Istoric[81]

Istoria consumului de alcool se suprapune peste istoria umanităţii. Izvoarele istorice consemnează utilizarea şi abuzul de băuturi alcoolice începând din vechile timpuri, antichitate, evul mediu şi până în prezent. Asemenea date se regăsesc în mitologiile diferitelor civilizaţii, papirusuri egiptene, Biblie, Coran, înscrisuri şi inscripţii. Alcoolul a fost lăudat sau blamat, în funcţie de cultura, tradiţiile şi obiceiurile, religia şi zona geografică de proveniență ale izvoarelor.

Identificarea consumului/abuzului de alcool

Screening CAGE

- **C** (Cut) – ai simţit vreodată nevoia de a reduce băutura
- **A** (Annoyed) – te-ai simţit vreodată enervat de critici când ai băut
- **G** (Guilty) – te-ai simţit vreodată vinovat privind consumul de alcool
- **E** (Eye opener) - ai avut nevoie vreodată dimineaţa în primul rând de băutură (deschizator de ochi)

Dacă două răspunsuri din 4 sunt "da", se consideră rezultat pozitiv (probleme legate de alcool). În cazul CAGE pozitiv se evaluează în continuare persoana pentru a determina dacă sunt probleme cu alcoolul sau este dependenţă de alcool.

Alte întrebări importante:

- aţi băut vreodată ca să vă drogaţi?

[81] Maxmen JS, Ward NG (1995): Essential Psychopathology and Its Treatment, Second Edition, Ed. W.W.Norton, New York

- beţi vreodată singur?
- v-aţi uitat vreodată cu nerăbdare la băutură?
- aveţi rezistenţă (toleranţă) la alcool?
- aţi avut vreodată pierderea cunoştinţei (leşin din cauza cantităţii mari de alcool)?
- aţi folosit alcoolul vreodată într-un mod neplanificat?
- aţi băut vreodată alcool pentru motive medicale?
- vă aprovizionați cu alcool?
- există antecedente familiale legate de problemele induse de alcool?
- credeţi că sunteţi alcoolic?
- v-aţi gândit vreodată să vă sinucideţi?
- ați avut probleme juridice legate de alcool?
- aţi condus maşina după ce aţi băut ?
- aţi folosit tranchilizante constant pentru a vă liniști?

Tabel 2. Diagnostic diferenţial între problemele cauzate de de alcool şi dependenţa de alcool [65]

	Probleme legate de alcool	*Dependenţa de alcool*
simptome de sevraj	nu	Adesea
toleranţa	uşoară	Marcată
cantităţii consumate	> 14 unităţi pe săptămână	> 40-60 unităţi pe săptămână
consecinţe sociale/fizice/legale	nule sau uşoare	Severe
neglijare de responsabilităţi majore	nu	Da

Intoxicaţie cu alcool

- efectele clinice observate atunci când nivelul de alcool din sânge este mai mare de 150 mg/dL
- peste 250 mg/dl de obicei apare coma

Sevrajul la alcool

- în termen de 12 la 48 de ore de la consumul excesiv şi prelungit de alcool

Semne şi simptome de sevraj la alcool

Simptome vegetative

- tahicardie
- hipertensiune
- diaforeză
- tremor
- febră
- afectare respiratorie

Tulburări de somn

- latenţa somnului, insomnie
- creşterea perioadei REM
- scăderea somnului profund

Gastrointestinale

- anorexie
- greaţă
- vărsătură

Neurologice

- epilepsie generalizată
- nelinişte

Psihice

- agitaţie
- anxietate
- iritabilitate
- distractibilitate
- concentrare slabă
- afectarea memoriei
- afectarea judecăţii
- halucinaţii

Delirium tremens

- ✓ apare în termen de 2-5 zile de la întreruperea consumului de alcool (sevraj)
- ✓ se manifestă prin:
  - simptome delirante

- hiperactivitate autonomă
- denaturare perceptuală (halucinaţii vizuale sau tactile)
- niveluri fluctuante ale activităţii psihomotorii

✓ evoluţie: la tineri aproape complet reversibil; la vârstnici, de multe ori deficite cognitive restante
✓ Rata de mortalitate este de 20%-50% în cazul persoanelor netratate
✓ tratament: clordiazepoxid, diazepam sau lorazepam, susţinerea funcţiilor vitale, +/- haloperidol

Asistenţa sevrajului la alcool

Este o urgenţă medicală !

o protocol de bază
- diazepam 20 mg p.o, se repetă la 1-2 h până când simptomele dispar
- monitorizare la 1-2 ore după ultima doză
- tiamină im 100 mg, apoi 100 mg p.o timp de 3 zile
- tratament de susţinere (hidratare şi nutriţie)

o în caz de antecedente de crize epileptice în timpul sevrajului:
- diazepam 20 mg cel puţin trei doze

o dacă administrarea orală a diazepamului nu este tolerată se utilizează diazepam im 10 mg sau lorazepam im 1-2 mg
o în caz de boală hepatică severă, astm bronşic sever sau insuficienţă respiratorie: lorazepam p.o 1-2 mg de trei ori pe zi sau oxazepam 15-30 mg p.o de trei ori pe zi
o în caz de halucinaţii: 2-5 mg haloperidol im, diazepam 20 mg x 3 doze pentru profilaxia convulsiilor (administrarea de haloperidol scade pragul convulsivant)
o internarea în spital este necesară dacă: sevrajul persistă după administrarea a 80 mg de diazepam sau în caz de delirium tremens, aritmii recurente sau convulsii, patologie somatică asociată

Sindromul Wernicke

Tulburări amnezice induse de alcool din cauza deficitului de tiamină:

- leziuni necrotice – corpii mamilari, talamus, trunchi cerebral
- clinic (reversibil, acut): manifestări oculare (nistagmus, paralizia de nerv VI, privirea fixă), ataxie, disfuncţie vestibulară, delir
- asistenţă: tiamină 100 mg p.o/zi, 1-2 săptămâni

Sindromul Korsakoff

- clinic (cronic, doar 20% recuperează cu tratament): pierderi marcate ale memoriei pe termen scurt, dificultăţi în procesul de învăţare a noilor informaţii, amnezie anterogradă, confabulaţii
- asistenţă: tiamină 100 mg p.o x 2/zi, 3-12 luni

Tratamentul postcură pentru dependenţa de alcool

- disulfiram (Antalcool): blochează oxidarea fiziologică a alcoolului, ceea ce produce acetaldehidă acumulată în exces; aceasta provoacă tahicardie, vărsături, înroşirea feţei, senzaţie de sufocare şi moarte iminentă; se recomandă 125-250 mg/zi
- naltrexonă: antagonist opioid, dovedit a fi de succes în reducerea consumului de alcool
- antidepresive SSRI, buspirona, Li^+, trazodonă, bromocriptină
- modificarea comportamentului: hipnoză, exerciţii de relaxare, terapia repulsivă, condiţionarea operantă
- servicii de suport: centre pentru dezintoxicare, alcoolicii anonimi (AA)
- psihoterapie

SUBSTANŢE EXTRASE DIN OPIUM

- opiumul este un amestec de alcaloizi extraşi din mac (Papaver Somniferum)
- substanţele incluse în această categorie variază de la heroină şi morfină la analgezice prescrise uzual
- pot reprezenta pericole majore prin utilizarea de ace contaminate (risc crescut de hepatita B şi C, endocardita bacteriana, HIV)

Intoxicaţia acută

- Efect direct asupra receptorilor din SNC, având ca rezultat greaţă/vărsături,
  percepţia scăzută a durerii, sedare, scăderea apetitului sexual
- Diminuă motilitatea gastro-intestinală (constipaţie şi anorexie)
- Determină detresă respiratorie

Reacţie toxică (supradoză)

- Sindromul tipic include polipnee cu respiratii superficiale, mioza, bradicardie, hipotermie, scăderea nivelului de conştiinţă
- Tratament:

- glucoză iv, clorhidrat de naloxonă 0,4 mg până la 2 mg, după cum este necesar şi se repetă la fiecare 2-3 minute pentru a contracara detresa respiratorie;
- simptomele pot dispărea în 30-120 minute
- este necesară monitorizarea pacientului până la 48 ore.

Sevrajul la opioide

- Creşterea activităţii sistemului nervos simpatic, greaţă, vărsături, diaree
- Smilară unui episod gripal
- Poate include mialgii şi artralgii, neliniște, anxietate, poftă intensă pentru opiacee
- Tratament
  - detoxifiere efectuată prin readministrarea unui opioid (metadonă de obicei), până când simptomele dispar; doza de opioid se scade treptat (avantaj – toleranţa dispare rapid, dezavantaj – risc de supradoză după externare)
  - clonidina: pentru atenuarea semnelor autonome de sevraj
- Tratamentul abuzului cronic
  - tratamentul psihosocial (ex. Narcotics Anonymous); se subliniază, de obicei, importanţa abstinenţei totale
  - tratamentul pe termen lung poate include, pentru întreţinere, metadonă (un opioid sintetic, cu acţiune de lungă durată care produce euforie mai puţin decât morfina sau heroina)
  - naltrexona sau naloxona (antagonişti opioizi)

CANNABIS

- substanţa psihoactivă este delta-9-tetrahidrocanabinol (THC)
- fumatul este modul cel mai comun de administrare
- intoxicaţia este caracterizată prin tahicardie, relaxare musculară, euforie, sentiment general de bunăstare; este afectată performanţa psihomotorie, inclusiv de a conduce autovehicule
- dozele mari pot provoca depersonalizare, paranoia şi anxietate
- utilizarea cronică este asociată cu toleranţă şi o stare apatică, fără motivaţie
- întreruperea drogului nu produce fenomene de sevraj semnificative
- tratamentul dependenţei include intervenţii comportamentale şi psihologice pentru a menţine starea de abstinenţă

COCAINA

- alcaloid extras din frunzele plantei de coca; potenţează acţiunile catecolaminelor
- se administrează prin inhalare sau intravenos

Intoxicaţia

- caracterizată prin euforie, dezinhibiție, logoree, neliniște; stimularea simpatică se exprimă prin tahicardie, midriază, transpiraţii
- utilizarea prelungită poate duce la paranoia şi psihoză (reversibilă)

Supradozaj

- *Urgenţă medicală !*
- toxicitatea cocainei produce hipertensiune arterială, tahicardie, convulsii tonico-clonice, dispnee şi aritmii ventriculare
- tratament: diazepam iv pentru a controla crizele epileptice şi propanolol pentru a gestiona starea de hiperactivitate simpatică şi aritmiile

Tratamentul abuzului cronic

- tratamentul optim nu este clar stabilit
- psihoterapie, terapie de grup şi modificarea comportamentului, utilă în menţinerea abstinenţei
- studiile cu agoniști dopaminergici în vederea cupării poftei de drog (dependenţa psihică) prezintă rezultate inconsistente.

AMFETAMINE

- clasă de medicamente structural legate de neurotransmiţătoril catecolaminici;
  intoxicaţia produce euforie, îmbunătăţirea concentrării, hiperactivitate simpatică şi stimularea comportamentului
- utilizarea cronică poate produce o psihoză paranoidă, diagnostic similar cu cel de schizofrenie, caracterizată prin agitaţie, paranoia, delir şi halucinaţii; antipsihoticele sunt utile în tratamentul psihozelor determinate de stimulente (răspund la tratament, au prognostic favorabil)
- simptomele sevrajului includ disforia, oboseala şi neliniştea
- tratament: psihoterapie, terapie de grup

PHENCYCLIDINE (PCP, "Angel Dust")

- se utilizează pe scară largă în medicina veterinară pentru imobilizarea animalelor mari; mecanismul de acţiune nu este bine înţeles
- administrarea poate fi pe cale orală, fumat sau iv: produce amnezie, stare euforică sau halucinatorie; nistagmus orizontal/vertical, mioclonii, ataxie şi instabilitate vegetativă
- au efecte imprevizibile, inclusiv agitaţie psihotică prelungită; consumatorii au risc ridicat de sinucidere sau violenţă faţă de ceilalţi
- tratamentul reacţiei toxice: cameră cu stimulare minimă senzorială (lumină, zgomot); diazepam iv pentru spasme musculare/convulsii; haloperidol pentru a suprima comportamentul psihotic

HALUCINOGENE

- include LSD, mescalina, psilocibina, şi MDMA ("ecstasy")
- LSD este un drog foarte puternic; intoxicaţia produce tahicardie, hipertensiune arterială, tremor, midriază, hiperpirexie (fatală uneori) şi o varietate de modificări ale percepţiei şi dispoziţiei
- dozele mari pot provoca depersonalizare, paranoia şi anxietate
- tratamentul agitaţiei şi psihozei: suport psihologic, reasigurare, stimulare diminuată, pot fi necesare benzodiazepine sau antipsihotice de înaltă potenţă

TULBURĂRI ALE INSTINCTELOR

TULBURĂRI ALIMENTARE

Epidemiologie[82]:

- Prevalență
    - anorexia nervoasă (AN) - 1% dintre adolescentele și adulții tineri de sex feminin
    - bulimia nervoasă (BN) - 1-3% dintre adolescentele și adulții tineri de sex feminin
- Femei: bărbați= 10:1
- Debut:
    - AN 13-20 de ani
    - BN 16,5 - 18 ani
- Mortalitate: 5-10 %

Etiologie

- Multifactorială
- Factori individuali: perfecționism și concentrare pe control atunci când există control scăzut în alte arii ale vieții, istoric de abuzuri sexuale
- Factori familiali - mod de menținere a echilibrului în familii disfuncționale
- Factori culturali: prevalență în societățile industrializate, idealizarea persoanelor slabe creată de mass-media
- Factori genetici

- Factori de risc
    - Femei care datorită cerințelor carierei necesită să fie slabe (model, balerină, gimnastă etc)
    - Istoric familial (tulburări afective, tulburări alimentare, abuz de substanțe)
    - Tulburări psihiatrice
    - Obezitate
    - Boli medicale cronice, mai ales diabet zaharat

[82] Hetherington MM (2000): *Eating disorders: diagnosis, etiology and prevention*, Nutrition Jul-Aug 16(7-8):547-51

- Istoric de abuz sexual
- Homosexuali
- Unii sportivi

Anorexia nervoasă (AN)

Diagnostic

- Refuzul de a menține o greutate mai mare decât 85% din greutatea recomandată pentru vârsta și înălțimea persoanei
- Teama de a deveni obez, chiar dacă persoana este mult sub greutatea normală
- Percepție anormală a imaginii corporale (greutate, mărime, forme)
- La femei – absența a mai mult de 3 cicluri menstruale consecutive

Tipuri:

- restrictiv - fără episoade de lăcomie (”binge-eating”) sau comportament de prevenire a luării în greutate
- cu episoade de lăcomie (”binge-eating”) sau comportament de prevenire a luării în greutate în perioada episoadelor de AN

Bulimia nervoasă (BN)

Diagnostic:

- Lăcomie recurentă (”binge-eating”) caracterizată atât prin gustări frecvente (la mai puțin de 2 ore) sau prin ingestia unei cantități mari de alimente comparativ cu majoritatea persoanelor.
- Pierderea controlului legat de comportamentul alimentar în perioadele de lăcomie
- Comportament compensator nepotrivit pentru a preveni creșterea în greutate: inducerea vomei, administrare de ipeca, laxative, diuretice, amfetamine, cafea, diete restrictive, exerciții fizice extenuante etc.
- Frecvență: atât lăcomia cât și comportamentul compensator apar cel puțin de două ori pe săptămână, timp de trei săptămâni.
- Imaginea de sine este influențată excesiv de modul în care arată fizic și de greutatea corporală
- Apare și în afara episoadelor de AN

Tratament:

- Biologic
  - opoziția efectelor înfometării
  - antidepresive (SSRI) pentru BN
- Psihologic
  - evidențierea factorilor de risc și a celor ce perpetuă situația
  - educație
  - feedback orientat pe realitate
  - realizarea unei relații de încredere cu terapeutul
- Social
  - modificarea imaginii distructive impuse femeii de către societate
  - terapie de familie
  - internare în spital pentru a controla din exterior comportamentul deviant din tulburările alimentare

Prognostic

- Frecvent recuperările sunt urmate de recurență
- Prognostic bun asociat cu:
  - debutul înainte de vârsta de 15 ani
  - creșterea în greutate pe parcursul primillor doi ani de tratament
- Prognostic nefavorabil asociat cu:
  - debut la peste 15 ani
  - internări anterioare,
  - tulburări familiale și individuale mai importante

Complicații ale tulburărilor alimentare

- Generale: ca urmare a înfometării, lăcomiei, epurării
  - Vărsături
  - Semnul lui Russell (hipopigmentarea cotului)
  - Mărirea de volum a glandei parotide
  - Iritație tegumentară perioralĕ
  - Peteșii perioculare
  - Pierderi de smalț dentar
  - Hematemeză
  - Pneumonie de aspirare
  - Alcaloză metabolică , hipokaliemie, hipocloremie

- Cardiovasculare: TA scăzută, puls slab, aritmii, cardiomiopatie (datorită administrării de ipeca), insuficiență cardiacă cronică, moarte subită de cauză cardiacă (↓K)
- Endocrine: amenoree, ↓ T_3/T_4
- Neurologice: crize grand mal (↓Ca^{++}, Mg^{++}, $P0_4^{+++}$)
- Dermatologice: piele uscată, prezența părului tip lanugo, căderea sau subțierea părului, unghii friabile, piele gălbuie datoriră nivelului crescut de caroten
- Gastrointestinale: constipație, gust modificat, golire gastrică întârziată, dilatare/ruptură gastrică acută, pancreatită
- Osteo-articulare: osteoporoză
- Renale: insuficiență prerenală (hipovolemie), insuficiență renală cronică, calculi renali
- Hematologice: anemie
- Edem plantar (↓albumină)

Modificări biochimice în tulburările alimentare

- Deshidratare
- ↑Amilaza (vărsături)
- ↑Colesterol (înfometare)
- ↑STH (înfometare)
- ↓Na, K, Cl (vărsături, laxative)
- ↓LH, FSH, estrogen (înfometare)
- ↓Testosteron (înfometare)
- acidoză (laxative)
- alcaloză (vărsături)
- anemie (înfometare)
- leucopenie (înfometare)

TULBURĂRI ALE SOMNULUI

Criterii de diagnostic:

- determină suferință sau tulburări importante ale funcționării
- nu se datorează medicației, drogurilor sau unei alte condiții medicale

Insomnia primară[83]

- dificultăți în inițierea sau menținerea somnului sau somn neodihnitor pentru cel puțin o lună de zile
- psihofiziologică - nonorganică (persistentă sau trecătoare)
- tratament: măsuri de igiena somnului, benzodiazepine cu timp de acțiune scurt (utilizate mai puțin de o lună)
- diagnostic diferențial: abuz de substanțe, tulburări afective, anxietate, tulburări psihotice (in aceste cazuri se tratează boala de bază)

Apneea de somn

- cea mai frecventă cauză a hipersomnolenței
- mai mult de 30 de episoade de apnee care durează mai mult de 10 secunde pe parcursul unei nopți
- tipuri:
  - centrală (scăderea eficienței centrului respirator)
  - obstructivă (obstrucția căilor aeriene superioare)
  - mixtă
- simptome: sforăit zgomotos, mișcări ample ale membrelor în timpul somnului, somnolență diurnă excesivă, hipertensiune, cefalee matinală, tulburări intelectuale, scăderea libidoului
- este agravată de administrarea de hipnotice sau alcool
- tratament: administrarea de presiune pozitivă continuă – pe mască nazală, scădere în greutate, stimulenți respiratori (ex. acetazolamida), rareori tratament chirurgical

Mioclonusul nocturn

- la pacienții adulți și în vârstă
- apar mișcări mioclonice la fiecare 20-40 secunde
- simptomatologia este descrisă de partenerul de pat
- tratament: benzodiazepine (clonazepam, nitrazepam)

Narcolepsia

- atacuri irezistibile de somn (de până la 30 de minute), cu persitența unei somnolențe diurne, care se produc zilnic timp de cel puțin trei luni

[83] Kales A., (1969): *Sleep Physiology & Pathology*, JP Lippincott Company, Philadelphia

- cataplexie (episoade de paralizie cu pierdere a tonusului muscular instalate brusc)
- paralizie de somn
- halucinații hipnagogice/hipnapompice
- incidență: 4/10 000 cazuri
- tratament: stimulante (metilfenidatul, D-amfetamina sau antidepresive triciclice)

TULBURĂRI SEXUALE ȘI ALE IDENTITĂȚII DE GEN[84]

- Orientarea sexuală (înnăscută) versus identitatea de gen (învățată)
- Identitatea de gen apare în jurul vârstei de trei ani

Tulburări ale identității de gen

- Diagnostic
  - identificare puternică și persistentă cu sexul opus
  - se manifestă prin dorință puternică, repetată sau insistentă asupra apartenței sale la celălalt sex
  - copiii cresc cu credinţa că vor aparține celuilalt sex – poartă haine care sunt în general asociate cu celălalt gen sau participă la jocuri care aparțin celuilalt gen
  - modificarea sau tulburarea importantă a funcționalității
- Tratament: psihoterapie, intervenții chirurgicale pentru schimbare de sex

Parafiliile

- Diagnostic
  - excitare sexuală cu fantezii, nevoi sexuale sau comportamente ce implică obiecte, ce presupun umilirea sau suferința partenerului sau a propriei persoane, fie implică un copil sau o persoană ce nu consimte actul sexual
  - persoana are, de obicei, mai multe parafilii

[84] Beall AE, Sternberg RJ (1993): The Psychology of Gender, New York, Guilford Press

- Subtipuri: exhibiționismul, fetișismul, frotteurismul (din franceză, frotter = a freca), voyeurismul, pedofilia, masochismul, sadismul, fetișismul travestit şi altele
- Cauze
  - apare în copilărie sau în adolescența timpurie și se clarifică în timp
  - are evoluție cronică, manifestările se atenuează odată cu înaintarea în vârstă
  - poate să evolueze din cauza factorilor psihosociali perturbatori
  - rareori diagnosticate la sexul feminin (cu excepția masochismului)
- Tratament:
  - Medicamente antiandrogene
  - Psihoterapie
  - Terapii comportamentale
  - Ajunge să beneficieze de tratament obligat de probleme legale sau prin intermediul unei alte persoane (rareori pacientul se adresează de bunăvoie)

Tulburări sexuale[85]

- implică atât factori fizici cât și psihologici
- factorii fizici sunt incriminați în procent de 33% în cazul pacienților de sex masculin și 10% în cazul pacienților de sex feminin
- medicamentele sunt printre factorii cel mai frecvent incriminați în apariția tulburărilor sexuale
- se clasifică conform modificării la nivel de ciclu al răspunsului sexual (dorință, excitare, orgasm), durere sau condiție medicală care determină disfuncția respectivă

Scăderea apetitului sexual

- cea mai frcventă disfuncție sexuală din ultimul deceniu
- se inpune excluderea bolilor cronice, tulburărilor endocrine și scăderii hormonale datorată menopauzei a cauzelor secundare medicației.

[85] Becker JV, Johnson BR (2003): Sexual and Gender Identity Disorder, in Textbook of Clinical Psychiatry 4th ed., American Psychiatryc Publishing, Inc. Washington DC

- factori psihologici individuali: antecedente de incest, violență sau alte întâmplări reprobabile
- factori legați de cuplu: stres relațional, modificări din cursul vieții
- tratament: succes terapeutic în 30% din cazuri; tratarea condiției medicale și reevaluarea medicației administrate; psihoterapie pentru persoanele psihotraumatizate (unui incest sau alt abuz); terapie de cuplu.

Tulburarea de erecție a bărbatului

- mai mult de 50% din cazuri au la bază cauze fizice
- medicația este incriminată în 25% din cazuri (ex: antihipertensive, sedative)
- se exclude medicația și alte condiții medicale (vasculare, neurologice, endocrine)
- factori individuali: treziri cu erecție, masturbare, disfuncții globale sau situaționale (ajută pentru diferențierea cauzelor organice de cele psihologice)
- factori ce țin de cuplu: stres relațional, anxietate de performanță
- tratament:
  - tratamentul afecțiunilor medicale, reevaluarea medicației
  - tratament medical sau chirurgical: administrare orală de yohimbină, papaverină, injecții cu prostaglandine (alprostadilul), implanturi, administrare de sildenafil (Viagra)
  - psihoterapie aplicabilă în cazul unor afecțiuni psihiatrice cum ar fi anxietate, depresie, altele; terapie de cuplu pentru problemele de anxietate, sfat marital

Tulburări de excitație a femeii – Scăderea lubrifierii

- Frecvent se prezintă sub forma dispareuniei
- Se exclud cauzele organice: vaginite (atrofice, infecțioase, altele), episiotomia etc (se crează o buclă vicioasă: durere inițială ->anxietate -> scăderea lubrifierii -> creșterea intensității durerii)
- Cauze psihologice: credința conform căreia actul sexual presupune durere (profeție care se auto-îndeplinește), experiențe traumatice de tip abuz, dificultăți în a oferi încredere partenerului; alte dificultăți relaționale
- Tratament:

- medicaţie administrată pentru vaginită (informare a pacientei că lubrifierea va fi scăzută câteva săptămâni, perioadă necesară vindecării mucoasei) și comportamente sau acte sexuale alternative.
- psihoterapie pentru factorii individuali, terapie de cuplu, educație sexuală - recomandare pentru un preludiu mai lung

Tulburări ale orgasmului la femei (preorgasmia)

- Femei care consideră că nu au avut niciodată un orgasm
- Factorii fizici sunt rari: denevrare la nivelul măduvei lombosacrate
- Factori psihologici: ”nu a învățat cum să aibă un orgasm” (condiționare socială, așteptări nerealiste legate de partener)
- Tratament: 95% rată de succes
  - terapie de cuplu, individuală sau terapie de grup
  - ”libertate/permisiune” de a îşi explora propriul corp

Tulburări ale orgasmului la bărbat (Ejacularea întârziată)

- Tulburare organică primară: congenitală, neurologică, endocrină
- Tulburare organică secundară: traumatică, leziuni ale cordonului seminal, efecte secundare ale medicamentelor (fenotiazine, simpatolitice, paroxetina)
- Psihologici: cele mai multe situații de ejaculare întârziată
- Cauze:
  - include credințe sexuale conservatoare și rigide, teama de sarcină, ostilitate față de femei, homosexualitate reprimată, relație deficitară cu partenerul
- Tratament
  - rată limitată de succes
  - se exclud medicamentele și cauzele organice
  - se optează pentru stimulare crescută în mediu relaxant
  - implicare treptată a partenerului

Tulburări ale orgasmului la bărbat (Ejacularea prematură)

- Cea mai frecventă tulburare sexuală (afectează 33%)
- Nu sunt cunoscute cauze medicale

- Psihologice: cel mai frecvent sunt secundare anxietății de performanța cauzată de experiențe sexuale întrerupte, teamă de intimitate, dificultăți relaționale
- Tratament
    - rată de succes de 90%
    - scop: scăderea anxietății de performanță
    - exerciții care se focalizează pe experiență și nu pe performanță
    - exerciții de creștere a stimulării și a controlului
    - implicare treptată a partenerului

Tulburări sexuale algice (Dispareunia și vaginismul)

Vaginismul – este diagnostic de excludere pentru dispareunie. Este durerea ascuțită la nivelul porțiunii anterioare a vaginului, ce crește ca intensitate în momentul încercării de a realiza penetrarea; 32% dintre paciente au factori fizici asociați

- factori psihici: credințe conform cărora actul sexual este dureros, relații sexuale abuzive (în trecut sau în prezent), alți factori ce implică scăderea încrederii
- tratament:
    - intervenții: creme lubrifiante, încercarea unor noi poziții, materiale educative legate de sex, libertate, reasigurări, informații legate de anatomia pelvină (ex. despre mușchiul pubococcigean), educarea pacientelor pentru a câștiga control asupra mușchilor planșeului pelvin

ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ (OLIGOFRENIILE)

Definire

- nedezvoltarea globală a funcţiilor psihice
- aptitudinile sunt nedezvoltate – cognitive, limbaj, motorii şi sociale

Diagnostic

- în copilărie
- pe baza măsurării QI
- unele aptitudini pot fi îmbunătăţite prin educaţie specială
- asociază tulburări de comportament
- prezintă niveluri scăzute ale funcţionării
- pot însoţi alte tulburări psihice (ex. autism, schizofrenie grefată)

Forme clinice

- Întârziere mintală uşoară
  - QI între 50-69
  - vârstă mintală 9-12 ani
  - dificultăţi şcolare
  - integrare socială bună
- Întârziere mintală medie
  - QI între 35-49
  - vârstă mintală 6-9 ani
  - dificultăţi şcolare serioase
  - integrare socială deficitară, are nevoie de suport
- Întârziere mintală severă
  - QI între 20-34
  - vârstă mintală 3-6 ani
  - nu poate fi şcolarizat
  - integrare socială nulă, are nevoie de suport permanent
- Întârziere mintală profundă
  - QI sub 20
  - vârstă mintală sub 3 ani
  - integrare socială nulă, are nevoie de suport permanent
  - lipsa controluli sfincterian

Asistenţă terapeutică

- Educaţie specială
- Suport familial, îngrijitori
- Supraveghere

PSIHIATRIA COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

CONCEPTE ALE DEZVOLTĂRII

Stadiile dezvoltării[86]:

Sigmund Freud: oral, anal, oedipian, latență.

Jean Piaget: senzorio-motor (0-2 ani), permanența obiectuală (15 luni), constanța obiectuală (18 luni), preoperațional (2-7 ani), faza concretă, operațională (7-11 ani), faza formală, abstractă (peste 11 ani).

Erik Erikson: încredere/lipsa încrederii (0-1 an), autonomie/rușine, dubiu (1-3 ani), inițiativă/vină (4-6 ani), competența, priceperea/inferioritate, latență (6-12 ani), identitate/ confuzia rolului (adolescență).

Erikson continuă stadiile dezvoltării pe tot parcursul vieții persoanei analizate: intimitate/ izolare (adultul tânăr), generalitate/ stagnare (vârsta de mijloc), integritate/ deznădejde (vârsta a treia).

Margaret Mahler descrie procesul individual de separare și impactul său asupra dezvoltării personalității:

- Anxietatea față de străini (8 luni) – copilul plânge atunci când cineva străin se apropie
- Anxietatea de separare (10-18 luni) – separarea de figura primară/figura atașată determină anxietate
- Constanța obiectuală (Margaret Mahler) - 2-3 ani. Copilul acceptă absența mamei, internalizând imaginea acesteia și având conștiința faptului că ea se va întoarce
- Permananța obiectuală (Piaget) – obiectele există chiar atunci când nu sunt vizibile
- Atașamentul (John Bowlby) – relația specială dintre copil si primii îngrijitori. Se dezvoltă în primii 4 ani
- Temperament – comportament psihosocial înăscut caracteristic copilului. Există nouă dimensiuni ale acestui comportament
- Potrivirea parentală – ”potrivirea” dintre stilul parental si temperamentul copilului

[86] Dobrescu I.: Manual de Psihiatrie a copilului şi adolescentului, Edit. Medicală, 2010.

- Adolescența – cei mai mulți adolescenți depășesc cu bine această perioadă. Dacă apar semne ale ”turbulențelor” (ex. răzvrătire extremă) a se lua în discuție un diagnostic psihiatric.

DEFICITUL ATENȚIONAL ȘI TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

- Evaluarea unui copil pentru această tulburare se face numai în prezența aparținătorilor.

Tulburarea prin deficit atențional/ hiperactivitate (ADHD)

- Prevalență:
  - 3-5% dintre copii de vârstă școlară
  - Prepubertal B:F - 3,5 : 1
  - Pubertal B:F – 3,5 : 1
  - Fetele par a avea mai mult simptome de tipul deficitului de atenție
  - Băieții par a avea mai multe simptome impulsive
- Etiologie
  - Genetic- gemenii monozigoți > gemenii dizigoți, se transmite în familie
  - Presupune minime modificări la nivel cerebral
  - Ipoteza neuroanatomică sau a neurotransmițătorilor (sunt implicate catecolaminele)
  - Factori familiali și cei legați de copil (ex. temperament dificil, haotic al copilului)
- Diagnostic
  - Hipoprosexie, impulsivitate, hiperactivitate (fără a fi o condiție absolută)
  - Interferă cu activitatea școlară, cu funcționarea în familie și în societate
  - Debut înainte de vârsta de 7 ani
- Comorbidități: tulburări de învățare (mai ales legate de citire), tulburări de comportament, tulburare opozițională sfidătoare, abuz de substanțe, anxietate, tulburări afective
- Evoluția bolii:
  - Debut în jurul vârstei de 3 ani
  - Identificare la vârsta școlară
  - Remisiune în jurul vârstei de 12 ani
  - 70-80 % continuă și la adolescență, 65% prezentă și la adult

  - Evoluția adultului – tulburare de personalitate antisocială sau ADHD, nivel educațional redus și performanță scăzută în carieră
- Tratament:
  - Măsuri non-farmacologice: planificare multimodală a terapiei, educație copil/părinte, educare a managementului parental, psihoterapie individuală/de familie, educare în centre specializate, educarea profesorilor/personalului din școli în legătură cu această problemă, educarea unor aptitudini sociale, obținerea unei rutine a exercițiilor
  - Farmacologic: psihostimulante (metilfenidat, permoline, dextroamfetamine), altele (în funcție de simptomele comorbide): antidepresive tricicilice, IMAO, clonidină, litiu, carbamazepină
  - Se pune accent pe nevoia ca persoana să reușească să facă față și nu să se trateze
  - Monitorizare cu ajutorul unei liste de comportamente

Tulburări de conduită

- Prevalență:
  - Băieți: 6-16%, fete 2-9%
  - Raport B:F = 4-12:1
- Etiologie
  - Factori familiali/parentali
  - Patologie psihiatrică parentală (ex. tulburare de personalitate antisocială, abuz de substanțe)
  - Obiceiuri de creștere a copilului (ex. abuz, disciplină exagerată)
  - Statut socioeconomic scăzut, violență familială
  - Factori care țin de copil – temperament dificil, tulburarea opozițională sfidătoare, probleme de învățare, neurobiologie
- Diagnostic: model comportamental persistent conform cărora diferite norme sociale sau drepturi de bază nu sunt respectate
- Situații:
  - Agresivitate față de oameni sau animale
  - Distrugere de proprietăți
  - Furt/falsitate
  - Încălcarea unor reguli importante

- Tipuri diagnostice (trăsături asociate)
    - Debut în copilărie - tulburarea opozițională sfidătoare, agresivitate, impulsivitate, prognostic mai puțin bun
    - Debut în adolescență – mai puțin agresiv, delicvență în relație cu gașca, prognostic mai bun
- Comorbidități: deficit de învățare, ADHD, tulburare depresivă majoră, tulburare afectivă bipolară, abuz de substanțe
- Factori de risc pentru un prognostic nefavorabil: debut timpuriu, frecvență crescută, varietatea comportamentelor, pervaziv sau tulburare situațională, comorbiditatea cu ADHD, activitatea sexuală timpurie, abuz de substanțe
- 50% dintre copiii cu tulburări de conduită devin adulți cu tulburare de personalitate antisocială
- Tratament:
    - Intervențiile timpurii sunt necesare și mai eficiente
    - Educarea părinților privind gestionarea relației, terapie cognitiv- comportamentală, terapie de familie, programe educaționale și de angajare, controlarea furiei, educarea unor aptitudini sociale,
    - medicamente pentru diminuarea agresivității (ex. Carbamazepină, acid valproic) sau pentru afecțiunile comorbide

Tulburarea opozițională sfidătoare

- Diagnostic: negativism, ostilitate, sfidare, comportament obedient față de părinți/autoritate pentru o perioadă mai lungă de 6 luni
    - Încălcă unele reguli minore, temperament predispus la ieșiri similare isteriei, argumentativ, încăpățânat
    - Trăsături care diferențiază tipic tulburarea opozițională sfidătoare de stadiile tranzitorii de dezvoltare: debut la vârsta de 8 ani, durată cronică (peste 6 luni), frecvent apare un comportament intruziv
- Comorbidități: ADHD, tulburări de învățare, tulburări de comunicare
- Impactul comportamentului: performanțe școlare reduse, prieteni puțini, relație parinte-copil deficitară
- Evoluţie: poate evolua spre o tulburare de comportament
- Tratament
    - Scopul este restabilirea limitelor generale de funcționare

- Educație a părinților privind relația cu cpopilul, psihoterapie individuală și de familie

Tulburări ale ticurilor

- Ticurile: mișcări motorii stereotipe involuntare, bruște, rapide, recurente și aritmice sau vocalizări.
  - Ticuri simple: clipitul ochilor, spasme ale nasului, tuse
  - Ticuri complexe: gesturi faciale, își lovește părți ale corpului , coprolalia
- Tipuri: tulburarea Tourette, tulburarea cronică motorie/vocală a ticurilor, tulburarea tranzitorie a ticurilor, ticurile induse medicamentos

Tulburarea Gilles de la Tourette

- Prevalență: 4-5 la 10 000, B:F = 3:1
- Debut: motor – 7 ani, vocal – 11 ani
- Etiologie:
  - Genetică(gemenii monozigoți > dizigoți, autosomal dominantă)
  - Tulburarea cronică a ticurilor și tulburarea Tourette sunt agregate la nivelul aceloraşi familii
  - Perturbarea sistemelor dopamină – serotonină
- Simptomatologie
  - Multiple ticuri vocale și motorii
  - Cel mai frecvent tic inițial: clipitul, urmat de ticuri ale capului sau grimase ale feței
  - Ticurile pot avea componente sexuale sau agresive
  - Se asociază cu ADHD sau cu tulburarea obsesiv-compulsivă
  - În cazurile severe pot aparea complicații medicale (ex. dezlipire de retină, tulburări ortopedice)
- Evoluție: cronicizare, evoluție pe tot parcursul vieții, cu perioade de remisiune dar și de exacerbare
- Tratament
  - Terapie comportamentală, psihoterapie atât familială cât și individuală. Este important a se evidenția relația dintre stres și afecțiune
  - Pentru ticuri: neuroleptice atipice, $\alpha 2$ agoniști, tradițional antipsihotice clasice de tipul haloperidolului

- Pentru tulburarea obsesiv-compulsivă: antidepresive SSRI, clomipramină

Tulburări de învățare

- Prevalență: 2-10%
- Caracterizată prin:
  - Scoruri individuale la teste de realizare semnificativ scăzute (> 2 DS) pentru vârsta, educația și QI-ul copilului. Impact asupra realizărilor educaționale și activității zilnice
- Tipuri: tulburare dislexică, de calcul matematic/tulburare aritmetică, tulburare a exprimării în scris
- Aspecte asociate:
  - Stimă de sine scăzută, aptitudini sociale scăzute
  - Rată de renunțare la școală până la 40%
  - Nu se asociază alte tulburări de dezvoltare
- Comorbidități psihiatrice (10-25%): tulburări de conduită, tulburări depresive, tulburarea opozițională sfidătoare, ADHD
- Alte condiții care afectează performanța școlară: tulburări de dezvoltare a coordonării, tulburări ale comunicării (tulburarea limbajului expresiv, tulburarea mixtă a limbajului expresiv receptiv, fonologică, balbism)

TULBURĂRI PERVAZIVE ALE DEZVOLTĂRII (TPD)

- Alterarea severă și pervazivă a relațiilor sociale și a aptitudinilor de comunicare, cu prezența stereotipiilor în comportament, interese și activități
- Deseori asociate cu retard mental de diferite grade și/sau patologie somatică generală (ex. anomalii cromosomiale)
- Include: autismul, sindromul Rett, tulburarea dezintegrativă a copilului, sindromul Asperger și alte tulburări pervazive ale dezvoltării

Autismul

- Epidemiologie: 2-5/10 000 ; B:F = 4:1
- Debut: înainte de vârsta de 3 ani
- Diagnostic: cel putin 6 itemi din următoarea listă:
  - Social
    - Comportament nonverbal alterat

    - Eșec în a dezvolta relații de prietenie
    - Nu ia parte la jocurile și interesele celorlalți
    - Lipsa reciprocității emoționale sau sociale
  - Comunicare
    - Limitarea dezvoltării limbajului
    - Limbaj stereotip, repetitiv
    - Incapabil de a susține o conversație
    - Lipsa capacității de a lua parte la jocuri sociale imitative sau la jocuri de imaginație
  - Activități/interese
    - Stereotipii ale mișcărilor corpului
    - Preocupare legată de părți ale obiectelor
    - Persistență în rutină/compulsii
    - Interese limitate
- Condiții medicale asociate: fenilcetonurie, sindrom X fragil, rubeolă maternă, anoxie la naștere, encefalită, scleroză tuberoasă
- Diagnostic diferențial: surditate, retard mental (75%), schizofrenie la copil, mutism electiv, tulburare degenerativă neurologică, tulburări ale limbajului, alte TPD
- Prognostic:
  - În general, evoluție cronică
  - Mai bun dacă limbajul este dezvoltat și QI >60
  - 1/3 obțin independență parțială, 1/3 pot fi asistați în familie, 1/3 necesită instituționalizare
  - Peste 50% dezvoltă convulsii în adolescență/la începutul fazei de adult
- Tratament:
  - Nu există tratament specific
  - Intervențiile timpurii sunt foarte importante (la 2-4 ani)
  - Suport familial, educație privind caracteristicile bolii
  - Controlarea manifestărilor discomportamentale
  - Cadru specializat pentru educarea și tratarea tinerilor; grupuri de suport în comunitate, ateliere (workshop) atât pentru tineri cât și pentru adulți
  - Farmacologic: are ca scop controlarea anumitor comportamente
    - Haloperidol sau un antipsihotic atipic – pentru hiperactivitate, agresivitate și stereotipii

- Metilfenidat – pentru hiperactivitate
- Clomipramina – pentru comportament compulsive sau pentru perseverare
- Naltrexonă – pentru retragerea interpersonală, comportamentele de automutilare

Sindromul Rett

- Epidemiologie: apare doar la femei, mai puțin frecvent comparativ cu autismul
- Debut: înainte de 4 ani, în general cu evoluție pe tot parcursul vieții
- Diagnostic: se caracterizează prin dezvoltare normală după naștere până la apariția deficitelor de dezvoltare specific, cum ar fi:
    - Pierderea abilităților de manipulare cu dezvoltarea unor stereotipii (ex. frângerea/spălatul mâinilor)
    - Pierderea angajării sociale
    - Mișcări puțin coordonate ale trunchiului sau în mers
    - Alterare severă a limbajului

Tulburarea dezintegrativă a copilului

- Epidemiologie: mai frecventă la băieți, mai puțin frecventă comparativ cu autismul
- Diagnostic: dezvoltare normală până la vârsta de 2 ani, urmată de pierderea semnificativă a achizițiilor de până atunci, în cel puțin două domenii dintre următoarele: limbaj, abilități sociale, control sfincterian, abilități motorii, joc
- Este asociată cu crize comițiale, tulburări neurologice

Sindromul Asperger

- Epidemiologie: mai frecvent la baieți
- Diagnostic:
    - Alterarea interacțiunilor sociale
    - Model stereotipic restrictiv și repetitiv, interesând comportamente, interese și activități, ce determină alterarea relațiilor sociale
    - Fără alterări la nivel clinic ale limbajului sau ale dezvoltării congnitive

SUICIDUL

Definiţie[87]

- sinucidere - moarte auto-provocată intenţionat
- tentativa de suicid - act non-letal autoprovocat, care are ca destinaţie moartea sau dorinţa aparentă de a muri

Epidemiologie

- suicid încercat/ realizat = 120: 1
- sex
  - bărbaţi: femei = 3:1 pentru sinucid finalizat;
  - bărbaţi: femei = 1:4 pentru tentative de suicid
- vârsta
  - creşte rapid după vârsta de 14 ani; rate scăzute în copilărie
  - a doua cauza de deces în intervalul de vârstă 15-24 ani
  - 8-10% dintre adolescenţi au tentative de suicid
  - rate de suicid mai ridicate după 65 de ani
- etnie/naţionalitate: incidență crescută în ţările scandinave, Japonia, Ungaria; incidență scăzută în Grecia şi alte ţări mediteraneene
- statutul marital: rate mai mari la persoanele divorţate sau văduve
- 94% legate de tulburări psihice
- tulburări ale dispoziţiei - risc pe toată durata vieţii de 15% la pacienţii cu depresie (risc mai mare la depresia din tulburarea afectivă bipolară comparativ cu depresia unipolară)
- la pacienții cu abuz de droguri – risc de 15% pe toată durata vieţii; mai ales la pacienţii alcoolici
- schizofrenie - risc pe toată durata vieţii 10-15%
- tulburările de alimentaţie - de risc pe durata vieţii de 5%
- risc crescut la personalităţile antisociale, borderline, în tulburarea de adaptare, tulburările de comportament, tulburările anxioase (în special în atacurile de panică)

Factori de risc

- sex masculin

[87] Black, D. w., Winokur, G., & Nasrallah, A. (1987). Suicide in subtypes of major affective disorder. A comparison with general population suicide mortality. *Arch Gen Psychiatry 44:878-80*

- vârstă peste 60 de ani
- depresie anterioară
- tentative anterioare
- abuz de alcool
- pierderea gândirii raţionale (delir, halucinaţii, lipsa de speranţă)
- suicid în familie
- organizarea unui plan suicidar
- deținerea unei arme de foc
- absența grupului de suport social
- boli grave, durere atroce

Suicid vs parasuicid

- Suicidul are loc în spaţiu privat, izolat, este premeditat, cu plan; parasuicidul este cu public, însoţit de dramatism, apare impulsiv
- Cele mai frecvente cauze ale suicidului sunt depresiile, abuzul de substante (mai ales alcoolul) şi tulburările psihotice, în timp ce parasuicidul apare pe fondul unor conflicte cu intoleranţă la frustrare.
- Prevalenţa suicidului este de 15/100 000, in timp ce a parasuicidului este de zece ori mai mare.
- Suicidul este mai frecvent la bărbaţi, parasuicidul la femei.
- Vârsta suicidului ≥ 60 de ani, vârsta parasuicidului ≤ 35 de ani.
- Riscul letal este mai mare la suicid (spânzurare, arme de foc, electrocutare), și mai redus în cazul parasuicidului (plăgi superficiale tăiate în diverse zone cu vascularizaţie redusă, ingestia de medicamente în doze moderate, acţiuni care nu pun viaţa în pericol)

Evaluarea și asistența în urgenţă a pacientului cu tentativă de suicid

- pacientul nu va fi lăsat singur; se îndepărtează obiectele potenţial periculoase
- Evaluare[88]:
    - încercarea a fost planificată sau impulsivă ?
    - tentativa are potenţial letal ?
    - există şansa de a fi descoperit ?

[88] Bostwick, J., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am] Psychiatry 157:1925*- 32

- sunt identificați factori declanşatori pentru încercare (factori de stres)?

Evaluarea presupune și examinarea stării psihice. Examenul psihiatric poate releva o nosologie psihiatrică (ex. depresie), tulburări de percepţie (ex. halucinaţii, voci care comandă), tulburări de voință.

- Gestionarea depinde de diagnostic:
  - depresie: dacă este severă, spitalizare; altfel tratament în ambulatoriu dacă există suport social bun
  - tulburări legate de alcool: de obicei se rezolva cu abstinenţă pentru câteva zile
  - tulburări de personalitate: intervenţie de criză, confruntare
  - schizofrenie: spitalizare
  - parasuicid/automutilare: psihoterapie pe termen lung cu intervenţie de scurtă durată în criză, atunci când este necesară.

Aspecte specifice ale suicidului la copii şi adolescenţi

- cei mai mulţi adolescenţi exprimă semne de avertizare
- copii aleg mai puţin frecvent metodele violente
- consumul de droguri este frecvent întâlnit (diazepam, barbiturice, antidepresive, droguri ilicite)

Afecțiuni psihiatrice cu risc crescut de suicid la copil și adolescent:

- comportament impulsiv,
- tulburări de personalitate,
- abuz de substanţe,
- tulburări de comportament;

*riscul de suicid crește atunci când acestea coexistă cu depresia.

Factori precipitanţi ai suicidului la adolescenţi:

- conflicte între sau cu părinţii
- pierderea unui părinte /divorţ
- pierdere curentă sau ameninţarea de pierdere a unei relaţii strânse (în special pentru sinucidere la bărbaţi)
- eşec şcolar
- pierderea interesului sau plictiseală
- lipsa solidarităţii (absența grupului de suport social)

Evaluarea adolescentului

- aprecierea stării mintale a adolescentului
- capacitatea de a stimula adolescentul de a participa la planul de tratament în criză (cu sprijin social)
- evaluarea istoricului psihiatric familial (tulburare afectivă, sinucidere, abuz de substanţe)
- plan de criză: spitalizare dacă există risc suicidar ridicat
- dacă este posibil, adolescentul rămâne cu familia la domiciliu cu tratament de criză ambulatoriu

INTERVENŢII TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE

TRATAMENT MEDICAMENTOS

ANTIPSIHOTICELE

- Indicații: schizofrenie și alte tulburări psihotice, tulburări afective cu simptome psihotice, comportament violent, autism, tulburări mintale organice, tulburare Tourette, tulburări somatoforme (doze reduse), simptome demențiale, tulburarea obsesiv-compulsivă
- Debut: efect imediat de calmare și de reducere a agitației; în tulburările de gândire efectele apar după 2-4 săptămâni
- Mecanisme de acțiune:
  - tipice - blochează receptorii D_2 (dopaminergici) – tratează doar simptomele pozitive
  - atipice – blochează receptorii D_2 și/sau D_1, 5-HT (dopaminergici, respectiv serotoninergici) – tratează atât simptomele pozitive cât și pe cele negative
- Clasificarea antipsihoticelor tipice în funcție de potențial:
  - antipsihotice sedative (ex. clorpromazina): efect foarte sedativ, efecte cardiovasculare, efecte secundare anticolinergice și antiadrenergice
  - antipsihotice cu potențial mediu (ex. perfenazina): efecte secundare puține
  - antipsihotice incisive (ex. haloperidol): risc crescut de apariție a efectelor secundare de tip sindrom extrapiramidal și risc de sindrom neuroleptic malign

Antipsihotice frecvent folosite

Antipsihotice clasice, în ordinea potenței:

- clorpromazina10-15 mg p.o, max 1000 mg/zi, doza de menţinere 400 mg/zi
- tioridazine 25-100 mg p.o, max 800 mg/zi, doza de menţinere 100-400 mg/zi
- perphenazine 8-16 mg p.o, max 64 mg/zi, doza de menţinere 4-8 mg/zi
- trifluoperazine 2-10 mg p.o sau 1-2 mg im la 4-6h, max 10 mg im/zi, doza de menţinere15-20 mg/zi

- flufenazine 2.5-10 mg/zi, max 20 mg/zi, doza de menţinere 1-5 mg p.o
- haloperidol 2-5 mg im, 0.5-5 mg p.o x 3/zi, max 100 mg/zi, doza de menţinere se ajustează în funcţie de rezultatele clinice

Antipsihotice atipice (antipsihotice de generaţie nouă):

- Clozapina 25 mg x 2/zi, doză de întreţinere 300-600 mg/zi
- Risperidonă 1-2 mg x 2/zi,doză de întreţinere 4-8 mg/zi
- Olanzapina 5 mg/zi, doză de intreţinere 10-20 mg/zi
- Quetiapina 50-800 mg/zi
- Aripiprazol 15-30 mg/zi

Utilizarea rațională a antipsihoticelor

- Nu există motiv pentru a combina antipsihoticele
- Alegerea unui antipishotic:
  - toate antipsihoticele (cu excepția clozapinei) au același efect;
  - alegerea trebuie să se bazeze pe profilul efectelor secundare;
  - se alege un medicament la care pacientul a răspuns în trecut sau care a fost folosit cu succes de către un membru al familiei;
  - variante: p.o (pastile sau soluție), injectare im depot, cu timp de acțiune scurt sau lung (ex. Haldol LA, Clopixol, Fluanxol);
  - Clozapina se folosește în cazurile refractare (risc de agranulocitoză iar costurile împiedică folosirea de rutină, având însă o incidență scăzută a efectelor extrapiramidale)
- Administrare minimum 6 luni, frecvent toată viața.

Antipsihoticele atipice[89]

- au mai puține efecte extrapiramidale decât cele clasice;
- se consideră că nu ar induce diskinezie tardivă sau distonie, deși nu au fost folosite timp suficient de îndelungat pentru ca aceste aspecte să fie cert dovedite.

[89] Kissling W. (1991): *Guideliness for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia*, Berlin, Springer-Verlang

Clozapina

- este o dibenzodiazepină;
- blochează un spectru de receptori, incluzând D_1-D_4, S-HT_2, S-HT_3, muscarinici, histaminici
- Indicații:
  - schizofrenie rezistentă la tratament
  - pacienți cu efecte neurologice severe la alți agenți (ex. diskinezie tardivă). Clozapina nu înrăutățește simptomele tardive, se pare chiar că le tratează.
- este eficientă la aproximativ 50% dintre pacienți, mai ales în cazul schizofreniei paranoide și a pacienților cu debut al bolii după vârsta de 20 de ani;
- efecte secundare: agranulocitoză (1-2%), amețeală, hipersalivație, tahicardie, sedare, hipotensiune ortostatică, greață, vărsături, efecte secundare atropinice, creștere în greutate, efecte extrapiramidale, febră, crize comițiale, sindrom neurologic malign;
- în caz de utilizare se recomandă examene de laborator săptămânale (hemoleucograma) în prima lună, apoi la două săptămâni, din cauza riscului de agranulocitoză
- nu se asociază cu carbamazepina întrucât este risc cumulat de agranulocitoză

Risperidona

- este o benzisoxazolă;
- blochează receptorii S-HT_2 și D_2;
- este creditată cu o incidență scăzută a efectelor extrapiramidale;
- indicații:
  - schizofrenie
  - simptome negative
  - intoleranță la efectele secundare ale neurolepticelor clasice
- avantajele sunt limitate la valori reduse ale dozelor: 4-8 mg/zi
- efecte secundare: sedare, hipotensiune, creștere în greutate, tulburări de ejaculare/de orgasm, creșterea prolactinemiei, hipersalivație, insomnia, agitație, cefalee, anxietate, rinită

Olanzapina

- blochează receptorii serotoninici $HT_{2,3,6}$, D_1-D_4, muscarinici, adrenergici, histaminergici;

- eficacitatea globală este superioară haloperidolului;
- este bine tolerată, toleranța este comparabilă cu a risperidonei;
- nu se recomandă în tratamentul schizofreniei rezistente;
- incidența efectelor extrapiramidale este mult mai scăzută decât în cazul neurolepticelor tradiționale (ex. haloperidol)
- are un profil favorabil raportat la diskinezia tardivă, dar nu atât de bun precum Clozapina
- efecte secundare: sedare medie, efecte secundare anticolinergice minime, amețeală medie, tulburări sexuale, la unii pacienți creșterea transaminazelor la începutul tratamentului, creștere în greutate, neliniște

Efecte secundare ale antipsihoticelor

Sindrom anticolinergic:
- uscăciunea mucoaselor
- vedere neclară, atac acut de galucom
- constipație
- retenție urinară
- transpirații
- ejaculare retrogradă/întârziată

Aparat cardiovascular (efect anti α1-adrenergic):
- hipotensiune ortostatică
- amețeală
- senzație de leșin
- tahicardie

SNC:
- creștere în greutate
- sedare
- confuzie
- creșterea pragului convulsivant
- tulburări de mișcare

Endocrine (datorate blocajului dopaminergic ce crește prolactinemia)
- la bărbați: scăderea libidoului, ginecomastie

- la femei: mărirea sânilor, lactație, amenoree, tulburări menstruale, modificări ale libidoului

Oculare:
- pigmentare lenticulară
- retinopatie pigmentară (thioridazina >800 mg/ zi)

Reacții de tip hipersensibilizare:
- afectare hepatică
- discrazie sangvină (ex. agranulocitoza)
- prurit al pielii/cu zone de indurare
- sindrom neuroleptic malign

Tulburări de reglare a temperaturii:
- hipo/hipertermie

Sindromul neuroleptic malign

- cauzat de blocarea masivă a dopaminei
- incidență crescută la administrarea antipsihoticelor incisive și a neurolepticelor depot
- factori de risc:
  - creștere bruscă a dozelor sau inițierea unui tratament
  - patologie medicală asociată
  - deshidratare
  - fatigabilitate
  - nutriție deficitară
  - creșterea temperaturii externe
  - sex masculin
  - vârstă - adulți tineri
- simptome - clasic se descriu 4 simptome:
  - modificări autonome (creșterea TA și a pulsului, transpirații)
  - febră
  - rigiditate
  - modificare a statusului mental (ex. confuzie)
  - toate acestea apar pe parcursul a 24-72 de ore
- investigații de laborator: creșterea creatin-fosfo-kinazei, leucocitoză, mioglobinurie

- tratament: discontinuarea medicamentului, hidratare, împachetări reci pentru scăderea febrei, dantrolene, bromocriptină
- mortalitate - 5 %

Efectele extrapiramidale ale antipsihoticelor

- incidența este în legătură cu creșterea dozelor și potența medicamentului
- instalare acută/tardivă

Tabel 3. Efecte secundare extrapiramidale (ESE)[65]

	Distonie	**Akatisie**	**Pseudoparkinsonism**	**Diskinezie**
Debut	Acut: în 5 zile Tardiv: > 90 zile	Acut: 10 zile Tardiv: > 90 zile	Acut: 30 zile	Tardiv: > 90 zile
Grup de risc	Acut: bărbați tineri asiatici	Acut: femei în vârstă	Femei în vârstă	Femei în vârstă
Prezentare	Susține o postură anormală Torsiuni, contracturi ale maselor musculare, spasme musculare (criză oculogirică), laringospasm, torticolis	Neliniște motorie, Nu poate sta jos Senzatie de mișcare prin picioare ce dispare odată cu mersul	Tremor Rigiditate Akinezie Instabilitate posturală (scăderea/ absența mișcărilor de asociație ale brațelor, mers încordat, postură rigidă, pași mici, dificultăți de pivotare)	Mișcări constante fără scop, de obicei interesează musculatura feței și a gurii, și mai rar musculatura membrelor
Tratament	Acut: lorazepam sau benztropine	Acut: lorazepam sau propanolol (sau difenhidramina) sau schimbarea neurolepticului cu unul cu o potență mai mică	Acut: benztropine (se pot încerca benzodiazepinele sau se schimbă neurolepticul cu unul cu o potență mai mică)	Tardiv: tratament de obicei ineficient. Se poate încerca Clozapină, discontinuarea medicației anterioare sau reducerea dozelor

Agenți antiparkinsonieni (agenți anticolinergici)

- Nu se prescriu de rutină asociat cu neurolepticul; se administrează doar dacă există risc crescut de efecte secundare extrapiramidale.
- Nu se administrează pentru sindroame tardive deoarece pot înrăutăți starea pacientului.
- Tipuri:
  - Benztropine 2 mg p.o, im sau iv o dată pe zi (1-6 mg);
  - Procyclidine *15* mg p.o o dată pe zi *(5-30* mg) ;
  - Biperiden 2 mg p.o, im sau iv de două ori pe zi (2-10 mg);
  - Amantadine 100 mg p.o de două ori pe zi (100-400 mg);
  - Trihexyphenidyl (Romparkin) 1 *mg-1S* mg p.o o dată pe zi;
  - Diphenhydramine *25-50* mg p.o/im.

ANTIDEPRESIVELE

- Debutul efectelor:
  - simptome neurovegetative 1-3 săptămâni
  - simptome cognitive/ afective 2-6 săptămâni

*Din aceste motive există o ”fereastră a suicidului”, perioadă în care pacientul poate să fie încă depresiv, dar are suficientă energie pentru a comite actul suicidar.

- Indicații: depresie, faza depresivă a tulburării bipolare, distimie, tulburări de anxietate, tulburări obsesiv-compulsive (clomipramină), durere cronică, enurezis, bulimie, renunțarea la cocaină.
- Toate se metabolizează hepatic și se excretă la nivel renal.

Antidepresive frecvent folosite

Triciclice:

- Amitriptilină 150-300 mg/zi
- Imipramine 150-300 mg/zi
- Doxepin 150-300 mg/zi
- Nortriptyline 150-300 mg/zi
- Clomipramina 75-150 mg/zi

IMAO (inhibitori de monoaminoxidază):

- Phenelzine 45-90 mg/zi
- Tranylcypromine 10-90 mg/zi
- Isocarboxazid 10-30 mg/zi

SSRI (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei) – utilizate frecvent

- Fluoxetine (Prozac) 20-80 mg/zi
- Paroxetine (Seroxat) 20-60 mg/zi
- Sertraline (Zoloft) 50-200 mg/zi

SNRI (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei şi noradrenalinei)

- Venlafaxine (Efectin) 75-225 mg/zi

SDRI (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei şi dopaminei)

- Buproprion (Wellbutrin) 300-450 mg/zi

Utilizarea rațională a antidepresivelor

- Scăderea lentă a dozelor de antidepresive tricicilice (pe parcursul a câtorva săptămâni sau chiar luni) deoarece pot induce reacții de sevraj; IMAO și SSRI pot fi scăzute în timp de 1 săptămână.
- Este necesară educarea pacientului în legătură cu medicamentele și cu efectele lor.

STABILIZATORI AI AFECTIVITĂȚII (TIMOSTABILIZATORI)[90]

Litiul

Se recomandă în profilaxia tulburării afective bipolare, tratamentul episodului maniacal acut, creșterea efectului antidepresiv la pacienții cu episod depresiv major sau cu tulburare obsesiv-compulsivă, tulburări schizoafective, agresivitate cronică și comportament antisocial, depresie recurentă, mai rar în deficiență mintală, tulburare de personalitate borderline, etilism.

Mecanismul de acțiune nu este pe deplin cunoscut. Cu certitudine acționează asupra canalelor de Na^+- K^+.

Doze: adult 600-1500 mg/zi, vârstnic 150-600 mg/zi. Trebuie menţinut nivelul terapeutic la adult 0,5-1,2 mmol/L, iar la vârstnic 0,1-0,8 mmol/L. Se vor monitoriza nivelurile serice (întotdeauna recoltarea se efectuează la 12 ore după doză); apoi lunar până la două ori pe săptămână până când este atinsă o stare de echilibru, apoi la 2 luni.

Se monitorizează, de asemenea, funcţia tiroidiană la 6 luni, creatina la 6 luni, sumarul de urină la 1 an.

[90] Chirita V, Papari A, Chirita R., (2009): Tratat de psihiatrie, Editura Funda'iei :aguna, Constanta

Efecte adverse: diaree, poliurie, polidipsie, glomerulonefrită, diabet renal, tremor, letargie, oboseală, cefalee, leucocitoză reversibilă, risc teratogen, creştere în greutate, edeme, psoriazis, hipotiroidism, căderea părului, tensiune musculară.

Carbamazepina

Se recomandă în profilaxia tulburării afective bipolare, tratamentul episodului maniacal acut şi tulburarea afectivă bipolară cu ciclare rapidă.

Mecanismul de acţiune constă în inhibiţia transmisiei sinaptice cu creșterea pragului convulsivant.

Dozele sunt 750-3000 mg/zi, administrate în trei prize. Se urmăreşte o concentraţie sangvină de 350-700 µmol/L. Necesită monitorizarea numărului de trombocite săptămânal în prima lună si apoi hemograme periodice din cauza riscului de agranulocitoză. Se urmăresc şi alte semne de discrazie sanguină: febră, erupţii cutanate, dureri în gât, cianoză.

Efecte secundare: leucopenie tranzitorie, agranulocitoză, ataxie, vorbire greoaie, confuzie, nistagmus, diplopie, rash (5%), diaree.

Acidul valproic

Este indicat în profilaxia tulburării afective bipolare, tratamentul episodului maniacal acut, tulburarea afectivă bipolară cu ciclare rapidă.

Mecanismul de acţiune constă în inhibiţia transmisiei sinaptice cu creșterea pragului convulsivant.

Doza recomandată este de 20 mg/kg corp, în două prize, urmărindu-se obținerea unei concentraţii sangvine de 17-50 mmol/L.

Efecte secundare: modificarea probelor hepatice (necesită monitorizarea probelor hepatice săptămânal timp de o lună, apoi lunar, din cauza riscului de disfuncţie hepatică); de asemenea, se verifică celelalte semne ale disfuncţiei hepatice: icter, edem, greaţă, stare generală de rău, diaree, tremor, sedare, ataxia, reducerea pilozităţii toracice şi pubiene, creştere în greutate (edeme, ascită), trombocitopenia tranzitorie.

Toxicitatea litiului

- Se bazează pe diagnosticul clinic, deoarece toxicitatea poate apărea și la doze terapeutice
- Prezentare:
    - gastro-intestinal: vărsături, diaree
    - cerbelos: ataxie, vorbire neclară, incoordonare

  - cerebral: mioclonus, mișcări coreiforme sau parkinsoniene, crize comițiale, delirium, comă
- **Intervenţia în intoxicaţia cu Li:**
  - discontinuarea litiului;
  - dozarea nivelului plasmatic al litiului;
  - infuzie salină;
  - hemodializă la valori ale litiului sangvin peste 2 mmol/l, sau în caz de comă, șoc, deshidratare severă, lipsa răspunsului la tratament adecvat după 24 de ore sau dacă starea se agravează.

Utilizarea rațională a timostabilizatorilor:

- Înainte de a se iniția un tratament cu litiu, se evaluează pacientul pentru a se exclude o eventuală sarcină, afecțiuni tiroidiene, crize comițiale, alte boli neurologice, patologie renală, patologie cardiovasculară.
- Pentru început se vor doza: hemoleucograma completă, ECG (dacă pacientul are peste 45 de ani sau risc cardiovascular), analize din urină, uree, TSH.
- De primă intenție se utilizează acidul valproic sau litiul (cu sau fără un antipsihotic). Carbamazepina se administrează la pacienții non responsivi sau la cei cu ciclare rapidă (> 4 episoade pe an).
- Litiul se administrează în doză unică la culcare. Celelalte medicamente se pot administra 2 – 3 ori prize pe zi.
- La pacienții non-responsivi la monoterapia cu litiu, se pot administra în siguranță asocieri: litiul cu carbamazepina sau litiu cu acidul valproic.
- Clonazepamul (benzodiazepină) este tot un timostabilizator. Se utilizează în combinație cu alți timostabilizatori, niciodată singur. Are de asemenea efect sedativ.

ANXIOLITICE

- Tipuri: benzodiazepine, azapirone (ex. buspirone, zopiclone)
- Indicații: tulburări anxioase, insomnie, sevraj alcoolic (mai ales delirium tremens), sevraj la barbiturice, sindrom organic cerebral (agitație în demență), akatisie cauzată de antipsihotice, crize comițiale, tulburări musculoscheletale

- Contraindicații relative: tulburare depresivă (cu excepția situațiilor când sunt administrate ca tratament adjuvant alături de alte medicamente), istoric de abuz de medicamente sau alcool, sarcină, alăptare.
- Mecanisme de acțiune:
    - benzodiazepinele: potențează legarea GABA de receptorii săi, determinând scăderea activității neuronale;
    - buspirona: agonist parțial a receptorului 5-HT tipul 1A.
- Metabolizare: la nivel hepatic
- Excreție: la nivel renal

Utilizarea rațională a anxioliticelor

- anxioliticele maschează sau micșorează simptomele, fără a le trata;
- benzodiazepinele:
    - trebuie folosite pentru perioade limitate (săptămâni) pentru a se evita dependența;
    - au efecte similare, alegerea bazându-se pe timpul de înjumătățire, metaboliți și calea de administrare;
    - se administrează o dată sau de două ori pe zi;
    - dozele se scad treptat în săptămâni/luni pentru că pot determina simptomatologie de sevraj:
        - sevraj la doze mici: tahicardie, hipertensiune, panică, insomnie, anxietate, tulburări de memorie și de concentrare, tulburări de percepție;
        - sevraj la doze mari: hiperpirexie, crize comițiale, psihoză, exitus.
    - se recomandă evitarea consumului de alcool datorită riscului deprimării SNC;
    - se utilizează și pentru sedare, relaxare musculară, sevraj alcoolic, catatonie;
    - Efecte secundare:
        - SNC: somnolență, tulburări cognitive, reducerea coordonării motorii, tulburări de memorie, dependență fizică, dezvoltarea toleranței;
        - dozele mari sunt rareori fatale;
        - combinarea cu alte medicamente este mai periculoasă și poate determina exitus.

- Buspirona
  - nu induce sedare, de aceea poate fi preferată benzodiazepinelor;
  - nu afectează pragul convulsivant;
  - nu interacționează cu alcoolul;
  - nu induce relaxare musculară;
  - este utilizată în tulburarea anxioasă generalizată;
  - debutul acţiunii apare în 2 săptămâni;
  - efecte secundare: neliniște, nervozitate, efecte extrapiramidale.

Anxiolitice mai frecvent utilizate[91]

Benzodiazepine

Acțiune lungă

- clonazepam (Rivotril) 1.5-2.0 mg/zi; este indicat în akathisie, anxietate generalizată, prevenirea comițialității, tulburare de panică;
- diazepam 5-40 mg/zi; indicat în anxietate generalizată, prevenirea comițialității,
  relaxare muscular;
- flurazepam 15-30 mg/zi; indicat în insomnia.

Acțiune scurtă

- alprazolam (Xanax) în medie 0,5-2 mg/zi; indicat în tulburarea de panică (există și comprimate oro-dispersabile pentru administrare sublingual cu efect foarte rapid);
- lorazepam 2-6 mg/zi; indicat în anxietate generalizată, insomnia;
- oxazepam 30-120 mg/zi; indicat în anxietate generalizată, insomnia;
- temazepam 15-30 mg/zi; indicat în insomnia;
- triazolam 0,125-0,5 mg/zi; induce somn rapid, dar și insomnie de rebound.

Azapirone

- buspirone (Buspar) 20-60 mg/zi; indicat în anxietate generalizată;
- zopiclone (Imovane) 7,5 mg/zi; indicat în insomnie;

[91] Puri BR.,Laking PJ., (1996): Textbook of psychiatry, Churchill-Livingstone, New York

Antagonist benzodiazepinic – flumazenil

- Se utilizează atunci când se suspectează administrarea unei doze mari de benzodiazepine
- Mecanism de acțiune: antagonist competitiv al benzodiazepinelor

Psihostimulante

- methylphenidate – utilizat de primă intenție în sindromul hyperkinetic cu deficit de atenție (ADHD) cu răspuns favorabil în *75%* dintre cazuri
- dextroamphetamine
- magnesium pemoline
- contraindicații relative: tulburarea Tourette, ticuri, abuz de substanțe, retard mintal, insuficiență hepatică, psihoze, afecțiuni cardiace severe.
- Efecte secundare: insomnie, anorexie, greață, dureri abdominale, iritabilitate, înrăutățirea paradoxală a simptomatologiei, creșterea pulsului.

PSIHOTERAPIILE

Terapiile psihodinamice (de orientare psihanalitică)[92]

- Ipoteza de la care pornește terapia: prezentul se formează pe baza trecutului
- Se bazează pe atenția focalizată pe forțe psihologice inconștiente
- Obținerea insight-ului (a înțelegerii) permite modificări în comportament și personalitate
- Conflictul determină în evoluție 3 stadii ale simptomelor:
  - perceperea conflictului nerezolvat
  - încercarea de reprimare
  - revenirea conflictului sub o formă nouă, ”deghizat” (simptom sau trăsătură de caracter)
- Surse de informare:
  - experiențe și relații din prezent și din trecut
  - relația cu terapeutul

[92] Ionescu G. (1995): Tratat de psihiatrie medicala si psihoterapie, Ed. Asklepios, Bucuresti

  - transfer: inconștient; readoptă tipare interpersonale timpurii în relația cu terapeutul
  - contratransfer: transferul terapeutului către pacient
  - rezistență: elemente la nivelul pacientului care se opun terapiei
- Tehnici:
  - asocierile libere: pacientul spune orice îi trece prin cap
  - analiza visurilor

Variante de terapii psihodinamice

- Psihanaliza (psihoterapia exploratorie)
  - dezvoltată de Freud
  - evidențiază importanța experiențelor din perioada copilăriei
  - necesită 4 sesiuni/săptămână, timp de 3-5 ani
  - se adresează persoanelor ce pot tolera ambiguitatea (polul ceva mai sănătos al spectrului)
- Psihoterapia suportivă
  - scopul nu este înțelegerea (insight) ci scăderea anxietății
  - întărește mecanismele de apărare pentru a face față funcționării de zi cu zi
- Psihoterapia de scurtă durată
  - urmărește rezolvarea unor probleme emoționale particulare, acute, din criză
  - numărul de ședințe se stabilește la început (6-20)
- Psihoterapia interpersonală
  - terapie de scurtă durată ce cuprinde principii suportive
  - se focalizează pe rolurile sociale și pe relații, ajutând persoana să facă față problemelor în situațiile concrete actuale.

TERAPIA COMPORTAMENTALĂ

- se folosește în tratamentul tulburărilor de anxietate, abuzul de substanțe, parafilii, etc;
- modificarea evenimentelor interne sau externe care precipită sau mențin suferința emoțională;
- desensibilizare sistematică (se ajunge la a face față situațiilor anxiogene prin provocarea unor situații similare și abordarea lor gradată într-o fază de relaxare, astfel inhibându-se anxietatea);

- expunerea - confruntarea cu stimulul anxiogen trebuie să fie suficient de îndelungată încât să nu mai determine teamă;
- întărirea pozitivă - inducerea comportamentului și întărirea lui prin recompensare;
- întărirea negativă - determină apariția comportamentului prin îndepărtarea stimulului nociv atunci când apare comportamentul dorit;
- extincția – determină diminuarea unui comportament prin lipsa de răspuns la acesta;
- pedepsirea (terapia aversivă) – determină diminuarea comportamentului prin aplicarea unui stimul nociv;

TERAPIA COGNITIVĂ

- este indicată în tratamentul depresiei, tulburărilor de anxietate, al problemelor de stimă de sine;
- conceptul de bază al acestei terapii: afectivitatea și sentimentele sunt influențate de gânduri;
- tulburările psihiatrice sunt frecvent cauzate de erori cognitive obișnuite;
- scopul este ca pacientul să devină conștient de gândurile automate și să modifice presupunerile pe care le face, cu ajutorul unei percepții mai echilibrate.

ALTE PSIHOTERAPII

- Psihoterapia de grup
  - scopuri: auto-cunoaștere, acceptare, dezvoltarea aptitudinilor sociale
- Psihoterapia de familie
  - sistemul familial este considerat mai influent decât individul
  - se focalizează pe :
    - restabilirea autorității parentale
    - întărirea limitelor normale
    - rearanjarea alianțelor/legăturilor
- Hipnoza
  - Indicată în durere, fobii, anxietate, fumat

TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTĂ (TEC)

- Inducerea unei crize grand mal cu ajutorul unori impulsuri electrice la nivel cerebral, sub anestezie generală.
- Indicații:
    - depresie refractară la încercările farmacologice adecvate
    - risc suicidar crescut
    - risc medical crescut adițional depresiei (ex. deshidratare, dezechilibru hidro-electrolitic, sarcină)
    - răspuns anterior bun la TEC
    - răspuns bun la TEC în familie
    - bătrâni
    - depresie psihotică
    - aspecte catatonice (negative)
    - tulburări vegetative importante
    - schizofrenie acută
    - episod maniacal non responsiv la medicație
- Efecte secundare: riscurile generale ale anesteziei, cefalee, dureri musculare pierderi de memorie. Acestea din urmă pot fi retrograde și/sau anterograde și dispar după 6-9 luni. Menținerea permanentă a amneziei este controversată. Se pare că TEC unilaterală ar produce o pierdere a memoriei mai puțin importantă decât cea bilaterală, dar nu este totdeauna la fel de eficientă.
- Contraindicații: creșterea presiunii intracraniene (HIC).

ETICĂ ȘI DESTIGMATIZARE ÎN PSIHIATRIE

PRINCIPII ETICE

CONSIMŢĂMÂNTUL INFORMAT

Definiţie

- acordul voluntar la ceea ce propune o altă persoană;
- în asistenţa medicală, acordul este orientat spre a face din pacient un partener într-o întreprindere comună bazată pe speranţa că medicul este cel mai bun în urmărirea intereselor.

Health Care Consent Act (HCCA), 1996

- se referă la consimţământul pentru un tratament (cosmetic, de diagnostic, paleativ, preventiv sau terapeutic), admiterea la facilitatea de îngrijire, asistenţă şi servicii de personal, propusă de practicieni de sănătate;
- în continuare este prezentat consimţământul pentru tratament.

Consimţământul informat pentru tratament – trebuie să respecte cinci criterii[93]:

1. specific - plan detaliat de tratament (o persoană poate fi capabilă să consimtă/refuze un tratament);
2. informat - primeşte informaţii despre starea lui medicală, natura tratamentului, riscurile şi beneficiile, efectele secundare, opţiuni alternative, consecinţele de a nu primi tratament;
3. voluntar - al pacientului propriu;
4. cinstit - din partea practicantului care propune tratamentul;
5. standardele de capacitate (a se vedea mai jos).

Capacitatea de evaluare

- medicul trebuie să evalueze capacitatea pacientului de a consimţi (capacitatea de luare a deciziilor);
- evaluarea formală a capacităţii de a consimţi nu este necesară - în majoritatea cazurilor, capacitatea se poate presupune, în afara situaţiilor când există motive întemeiate să se creadă că persoana este incapabilă;

[93] Chirita V., Chirita R. (1995). Etica si psihiatrie-prolegomene filosofice -Ed: Synposion

- un pacient este considerat capabil de a consimţi în cazul în care poate înţelege informaţiile relevante pentru luarea unei decizii şi poate aprecia consecinţele previzibile în mod rezonabil a unei decizii sau lipsa acestora;
- medicul trebuie să recunoască simptomele psihice care pot afecta capacitatea de a consimţi (de exemplu neagă boala, frica de procedură, tulburări cognitive, cum ar fi delirium/demenţă, depresie severă).

Tratamentul pacientului fără capacitate de autonomie funcţională

- opinia documentată în foaia de observaţie;
- se notifică în formular motivul pentru care pacientul necesită spitalizare/tratament (pentru tratament psihiatric într-o unitate de psihiatrie) şi se contactează persoana care îl are în îngrijire;
- obţine consimţământul de la factorul de decizie substitut, folosind următoarea
  ierarhie:
  - tutore numit de instanţă;
  - împuternicire pentru îngrijirea personală;
  - reprezentant numit;
  - soţ / soţie / partener;
  - copil > 16 ani sau mamă;
  - frate;
  - curator;
- factorul de decizie substitut trebuie să aibă peste 16 ani, cu excepţia cazului în care sunt prezenți părinţii care decid pentru un copil;
- se inițiază tratamentul, cu excepţia cazului în care pacientul doreşte să conteste decizia dată de o comisie de expertiză.

Principiile pe care trebuie să le urmeze factorii de decizie substituţi atunci când decid să îşi dea consimţământul

- să acţioneze în conformitate cu dorinţele exprimate anterior de către pacient, în timp ce era capabil, aplicabile circumstanţelor;
- În cazul în care dorinţele erau necunoscute, factorul de decizie substitut trebuie să acţioneze în interesul superior al pacientului şi să aibă în vedere următoarele:
  - valorile şi credinţele deţinute de către pacient în timp ce era capabil;

  - tratamentul administrat să determine îmbunătăţirea stării clinice fără tratament;
  - beneficiile aşteptate de la tratament să depăşească riscul de afectare a pacientului în urma tratamentului;
  - dacă un tratament mai puţin intruziv ar fi la fel de benefic ca și cel propus;
- decizia finală a factorului de decizie substitut ar trebui să fie luată în colaborare cu medicul curant;
- dacă medicul suspectează că factorul de decizie substitut nu acţionează în interesul superior al pacientului, atunci poate solicita comisiei de expertiză un alt factor de decizie substitut.

Poate un pacient incapabil să fie obligat să stea în spital pentru tratament?

- consimţământul informat nu abordează problema reţinerii pacienţilor incapabili;
- un pacient incapabil poate fi reţinut împotriva voinţei lui de a primi un tratament doar în cazul în care îndeplinește criteriile de certificare în conformitate cu legea sănătăţii mintale privind aplicarea celor de mai sus.

Cum poate fi tratat un pacient incapabil într-o situaţie de urgenţă?

- tratamentul de urgenţă poate fi administrat fără consimţământ în cazul în care medicul consideră că pacientul incapabil:
  - se confruntă cu suferinţe grave;
  - există riscul de vătămare corporală gravă dacă tratamentul nu este administrat imediat;
- medicul trebuie să documenteze motivele de incapacitate şi de ce situaţia este o urgenţă;
- deoarece factorul de decizie nu este de obicei disponibil imediat, medicul poate trata fără autorizaţie, până când factorul de decizie este disponibil sau situaţia nu mai este o urgenţă;

Aspecte etice în pedopsihiatrie

- din punct de vedere psihiatric nu există o vârstă clar definită pentru consimţământ - acordul depinde de abilitatea de a lua o decizie;
- acest aspect reprezintă o dilemă pentru pacienţii care sunt sugari sau copii; adolescenţii sunt trataţi de obicei ca adulţi;

- se presupune că sugarii şi copiii sunt lipsiţi de capacitatea de luare a deciziilor, dar aceştia ar trebui să fie în continuare implicați (de exemplu, trebuie furnizate informaţii adecvate nivelului lor de înţelegere);
- factorul de decizie ierarhic este un părinte sau un custode juridic;
- suportul pentru familie şi pacient este esenţial şi poate implica participarea medicului, asistentelor medicale, preotului etc;
- în cazul în care medicul crede că factorul de decizie nu acţionează în interesul superior al copilului, poate fi depus un recurs la autorităţile locale.

Alte tipuri de lipsă de capacitate

- testamentar (capacitatea de a face un testament);
- capacitatea de a fi judecat;
- financiare (capacitatea de a gestiona proprietatea);
- personal (capacitatea de a avea grijă de sine);
- arii de capacitate independente - o persoană poate fi incapabilă în anumite arii, capacitatea putând fi prezervată pentru alte domenii.

DESTIGMATIZAREA

Definiţia concisă a termenului de stigmatizare este etichetarea sau semnul care indică o însuşire sau particularitate jenantă, reprobabilă, a unui individ în grupul populaţional din care acesta face parte. Rezultă aşadar că stigmatizarea este practic un proces social, care poate fi controlat sau chiar estompat prin voinţa societăţii. În condiţiile unui control raţional, stigmatizarea poate avea efecte constructive sau distructive. Orice societate, indiferent de nivelul de civilizaţie, defineşte anumite comportamente ca fiind inacceptabile şi le supune oprobiului public, practic stigmatizându-le. Din punct de vedere psihologic, o persoană stigmatizată este considerată a fi "altfel", diferită de ceilalţi, fapt văzut ca negativ de ceilalţi membri ai societăţii. Oamenii nu sunt capabili din punct de vedere psihologic să treacă uşor peste diferenţe. Toleranţa este o achiziţie condiţionată social care poate fi atinsă cu dificultate.

Pe parcursul istoriei toate bolile grave s-au asociat cu un grad de stigmatizare, în funcţie de mentalităţile din perioada respectivă. Bolile care implică o responsabilitate a individului, cum sunt bolile cu transmitere sexuală, au fost stigmatizate uneori la fel ca unele afecţiuni în care persoana nu purta absolut nici o vină, ca de exemplu cancerul. În general, pentru ca o boală să fie stigmatizată trebuia să îndeplinească anumite criterii ca de exemplu să pună în pericol viaţa persoanei sau să îi afecteze aspectul fizic şi estetic sau să nu îi mai permită să muncească. Boli precum ciuma, care evoluau rapid către exitus, au fost mult timp stigmatizate. Alte afecţiuni, care produceau diformităţi, ca de exemplu lepra, s-au asociat cu stigma. Oligofreniile au fost stigmatizate datorită incapacităţii bolnavilor să se îngrijească sau să producă. Înţelegem aşadar că stigmatizarea nu este datorată tulburării psihice în sine, ci este mai degrabă consecinţa temerii persoanelor normale să nu fie la rândul lor afectate[94].

Tulburările psihice au însă o particularitate care contribuie la accentuarea şi perpetuarea stigmatizării. Spre deosebire de bolile somatice, tulburările psihice afectează aspectele fundamentale care caracterizează fiinţa umană. Sunt modificate gândirea, modalitatea de exprimare a sentimentelor

[94] Miller D., Dawson W. Effects of stigma on reemployment of ex-mental patients. Mental Hygiene (1965) 49, 281–287.

şi conţinutul acestora, comportamentul şi abilităţile sociale. Prin urmare, tulburarea psihică este dificil de înţeles, stârneşte animozitate şi frică. Atitudinea faţă de aceste probleme variază şi în funcţie de cultura grupului la care ne referim. Există culturi care tolerează tulburările psihice sau care chiar valorizează unele forme de "nebunie", considerându-le daruri de la zei sau posibilităţi de comunicare cu divinitatea. Acestea sunt însă excepţii, regula fiind atitudinea negativă faţă de tulburările psihice[95].

O altă problemă care sporeşte deruta publicului larg şi accentuează stigmatizarea este necunoaşterea etiologiei în cazul marii majorităţi a tulburărilor psihice. O tulburare psihică nu poate fi evitată printr-un anumit regim de viaţă, nu are o legătură cu prosperitatea persoanei, nimeni nu este imun, poate afecta pe oricine, oricând. Practic, nu se cunosc în prezent metode sigure prin care un individ sau un grup populaţional să poată fi ferit de o tulburare psihică severă de tipul schizofreniei de exemplu. Această vulnerabilitate în faţa tulburării descurajează pentru că nu oferă speranţe. Oamenii sunt speriaţi mai degrabă. Odată obţinute succese terapeutice, frica de o anumită boală începe să scadă, iar stigmatizarea are o evoluţie asemănătoare[96].

Fiecare cultură are o anumită zestre de prejudecăţi transmise din generaţie în generaţie despre aspecte fizice, constituţionale, activităţi fiziologice, comportament şi boli. Prejudecăţile cele mai frecvent întâlnite în cazul tulburărilor psihice sunt:

- Tulburările psihice sunt incurabile.
- Schizofrenia este determinată de lipsa afecţiunii părinţilor.
- Tulburarea psihică este contagioasă.
- "Nebunia" este cauzată de spirite şi demoni malefici.
- Bolnavii psihici sunt retardaţi.
- Bolnavii psihici trebuie ţinuţi în spital.
- Bolnavii psihici trebuie ţinuţi închişi.
- Bolnavii psihici nu pot lua decizii în legătură cu tratamentul.
- Bolnavii psihici sunt predispuşi către violenţă.
- Bolnavii psihici nu pot să lucreze.

[95]Maj M., Sartorius N.: Schizophrenia. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, vol. 2. Edit. John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1999.

[96] Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B. (1999) Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. Am J. Public Hlth.

Tulburarea psihică şi violenţa sunt puternic asociate în opinia publică. Această percepţie este susţinută de asocierea mai multor factori:

- reportajele mass-media care urmăresc prezentarea ştirilor senzaţionale;
- utilizarea frecventă şi inadecvată a termenilor „psihotic", „psihopat", „dement";
- impactul educaţional pe care îl au o serie de produse ale industriei cinematografice, care supradimensionează unele manifestări ale pacienţilor.

Pe baza acestor date, publicul îşi justifică frica şi atitudinea de rejectare a bolnavilor, militând chiar pentru segregare.

Judecăţile stereotipe ale populaţiei diferă total de experienţele bolnavilor şi ale familiilor acestora. Rezultatele a numeroase studii şi proiecte ştiinţifice demonstrează că există o asociere slabă între tulburările psihice şi violenţă.

Concluziile persoanelor asistate în reţeaua psihiatrică precum şi a membrilor familiei pacienţilor, susţinute de studiile cercetătorilor sunt că reducerea eventualei asocieri între tulburarea psihică şi violenţă se poate realiza prin accesul la o terapie modernă a oricărui pacient în baza unui program şi eliminarea stigmatizării şi discriminării care descurajează, provoacă şi sancţionează persoanele cu handicap.

Consecinţele stigmatizării sunt complexe:

- finanţarea scăzută a serviciilor psihiatrice;
- pierderea locului de muncă;
- izolare social;
- evoluţia nefavorabilă a tulburării;
- impact negativ asupra familiei[97,98].

Reducerea stigmatizării nu poate fi obţinută decât prin viziuni şi metode complexe, cu acţiune simultană şi efecte sinergice. Un real sprijin va veni în momentul înţelegerii etiopatogeniei diferitelor tulburări. Ipotezele sociale care au ca efect blamarea societăţii nu fac decât să sporească ostili-

[97] Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M. (1990) Psychiatric Rehabilitation. Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.

[98] Anthony W.A., Cohen M.R. (1987) Training and technical assistance in psychiatric rehabilitation. In Psychiatric Disability (Eds A. T. Meyerson, T. Fine), pp.251-269. American Psychiatric Press, Washington, DC.

tatea şi stigmatizarea. Un exemplu edificator este descoperirea genei care determină anumite forme de cancer de sân şi care a fost urmată de o reducere a stigmatizării.

Îmbunătăţirea metodelor terapeutice va ajuta enorm. S-a constatat că odată cu sporirea eficacităţii tratamentului antidepresiv, stigmatizarea depresiei recurente a scăzut semnificativ. Un prognostic mai bun al tulburării reduce deasemenea stigmatizarea, prin urmare tratamentul modern trebuie să fie rapid eficace şi să prevină cu succes decompensările ulterioare [99].

Rolul familiei pacientului

Modificarea atitudinii familiei are un impact deosebit de important. Asistarea tulburării psihice în familie, în secret, sporeşte ideea de boală ruşinoasă. Dacă se va discuta despre tulburare în mod deschis, fără reţinere sau jenă, automat stigmatizarea îşi va pierde din efect. Experienţa familiilor cu bolnavi psihici poate fi utilă în procesul de educare a publicului prin acţiuni directe (seminarii, campanii de informare etc.). Rolul familiilor a fost deja clar demonstrat în unele ţări. A fost mobilizat publicul larg împotriva tulburărilor psihice şi nu împotriva persoanelor afectate, în suferinţă. Nu în ultimul rând, familiile au avut un rol esenţial în antrenarea mijloacelor de informare în masă cu referire la diminuarea stigmatizării.

Iniţiativele educaţionale

Campaniile educaţionale la nivel local par a avea efecte benefice în vederea reducerii stigmatizării şi discriminării. Evaluarea opiniei publice a identificat numeroase prejudecăţi şi atitudini negative faţă de bolnavul psihic, dar totodată, o compasiune şi o dorinţă substanţială de a sprijini aceste persoane aflate în suferinţă. De exemplu, persoanele care locuiesc în vecinătatea caselor protejate manifestă interes în dobândirea de informaţii detaliate despre tulburarea de care suferă pacienţii şi îşi exprimă disponibilitatea în sprijinirea acestor adăposturi. Aceste aspecte pozitive ale atitudinii populaţiei nu trebuie ignorate şi nu trebuie lăsate să se manifeste în acest mod, pasiv. Este necesară o campanie de informare şi educare, ceea ce va spori interesul membrilor comunităţii şi va permite un contact social activ cu pacienţii. Informarea populaţiei trebuie realizată prin materiale redactate, videocasete, discuţii organizate, întâlniri, evenimente sociale organizate. Faci-

[99] Lamb H.R., Goerzel V. (1977) The long-term patient in the era of community treatment. Arch. Gen. Psychiatry 29: 803-809

litarea contactului cu pacienţii psihici duce la reducerea atitudinilor de teamă şi respingere din partea membrilor comunităţii locale. Mai mult decât atât, s-a constatat o relaţie socială robustă, complexă, cu stabilirea de noi prietenii, graţie acestor programe educaţionale[100,101].

Beneficiile acestor programe adresate unor comunităţi reduse ca număr de membri sugerează că o campanie socială extinsă, adresată întregii societăţi, poate avea acelaşi impact pozitiv.

O companie educaţională nu trebuie lansată înainte de o informare completă asupra populaţiei ţintă. Se vor culege informaţii despre aspectele culturale, convingerile religioase, miturile, folclorul şi prejudecăţile cetăţenilor. Se vor obţine aceste informaţii prin sondaje de opinie, interviuri structurate şi se vor consulta liderii de opinie din diferitele grupuri.

Reducerea discriminării şi a stigmatizării tulburărilor psihice trebuie susţinută de o serie de iniţiative legislative. Modificările legislaţiei se vor canaliza în scopul unei protecţii a pacientului. Sunt numeroase ţările care au făcut aceşti paşi înainte. De exemplu „The Americans with Disabilities Act" este o lege lansată în SUA în iulie 1990, care interzice discriminări de pe baza disabilităţilor, discriminări care defavorizează o persoană la locul de muncă, la angajare sau în alte situaţii sociale. În anii următori, acest model a fost adoptat în Marea Britanie, Australia, etc. În februarie 1992, Naţiunile Unite au adoptat rezoluţia 119, intitulată „Principii în vederea protecţiei persoanelor bolnave mintal şi a îmbunătăţirii serviciilor de asistenţă a acestor persoane".

Sunt numeroase asociaţiile profesionale, inclusiv World Medical Association şi World Psychiatric Association, care au statuat principii în vederea asisenţei psihiatrice în cadrul etic.

În scopul reducerii stigmatizării tulburărilor psihice, se impun următorii paşi:

- îmbunătăţirea asistenţei terapeutice;
- programe de educaţie pentru populaţie;

[100] Rutman I. D. (1987) The psychosocial rehabilitation movement in the United States. In Psychiatric Disability (Eds A. T. Meyerson, T. Fine), pp. 131/147. American Psychiatrc Press, Washington, DC

[101] Simmons T.J., Selleck V., Steele R., Sepetauc F. (1993) Supports and rehabilitation for employment. In Psychiatric Rehabilitation in Practice (Eds R. Flexer, P. Solomon), pp. 119-135. Andover, Boston

- modificări legislative şi orientarea atitudinii oficiale în vederea pregătirii bolnavilor psihici;

- programe educaţionale pentru pacient şi familie;

- implicarea activă a pacienţilor şi familiilor acestora în vederea identificării şi reducerii discriminărilor.

În sfârşit, posibilitatea ca pacienţii să trăiască şi să se reintegreze cu succes în societatea a avut poate rolul cel mai important în schimbarea prejudecăţilor despre tulburările psihice. În prezent se consideră că reabilitarea, reintegrarea şi resocializarea pacienţilor reprezintă practic antidotul stigmatizării.